



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 GRILLO 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	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
47918 185	31/08/2021 13:15	<a href="#"><u>2692307_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
47918 187	31/08/2021 13:15	<a href="#"><u>2692307_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113153395800000045495766>  
Número do documento: 21083113153395800000045495766

Num. 47918179 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO**

Nº Sinistro: **3180190750**  
Vitima: **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



---

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](http://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, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO**

Nº Sinistro: **3180190750**  
Vitima: **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](http://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



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

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (décits 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 sequela 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%

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



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

Num. 47918185 - Pág. 4



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorizado ou permitido

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ CAMPO PREENCHIDO PELO SINISTRO \_\_\_\_\_

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 Emerenon da Roche Ramalho*, PORTADOR(A) DO RG N° *3.472.452* EXPEDIDO POR *SSDS/PR* EM *02/05/11* E CPF *00000000000* /CNPJ *00000000000000000000*, PROFISSÃO *funcionário*, E RENDA MENSAL DE R\$ *2.000,00* NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA *Jonathan Emerenon da Roche 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica 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](http://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, somente escrito à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO *104* Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) *1909* Nº da CONTA (com dígito, se existir) *00054-424-3* 18 JUL 2016

RECEBIDO

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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) *00054-424-3*

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

*Santa Rita - 31 de Maio de 2016* *Jonathan Emerenon da Roche Ramalho*  
LOCAL E DATA 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

*Minha*







Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

AutORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA

PDT-14

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 *SSD/SPB*, EM *02/05/11* E CPF *110663439-94* /CNPJ *00000000000000000000*, PROFISSÃO *Marcineiro* E RENDA MENSAL DE R\$ *reais* 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 POUPIANÇA 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 comprovatório 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](http://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 (scanner ou fotocópia), escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

18 JUL 2016

RECEBIDO

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAD

Nº do BANCO *104* N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) *1909* N° da CONTA (com dígito, se existir) *00054 424-3*

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

*Brasília, 31 de Maio de 2016*  
LOCAL E DATA

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](http://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

Num. 47918185 - Pág. 7



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  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De  
Veículos Da Capital



**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 POLICIA, 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 LXYXCBL08E0528758, 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*  
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
ESCRIVÃO DE POLICIA  
Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão da Polícia Civil  
Mat. 135.652-3



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202



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



**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) 99835-4369

**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 notificado 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 achaço 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 notificado 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*  
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
ESCRIVÃO DE POLICIA

*Carlos Antônio Duarte Félix*  
CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.632-3



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> 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 POLICIA, 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 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, excepto 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*  
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
ESCRIVÃO DE POLICIA

*Carlos Antônio Duarte Félix*  
Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão da Polícia Civil  
Mat. 135.852-J



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Tham Emerson da Rocha Ramalho, portador da carteira de identidade nº 3.422.452 e inscrito no CPF sob o nº 40.663.434-974 residente e domiciliado na Rua T-11 número de 1000, 42 - Bairro: Jardim Tadeu - Vila Velha, Cidade Santos, 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.

José Tham Emerson da Rocha Ramalho

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Santos - SP, 31 de Maio de 2016  
Local e data



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jonathan Emmanuel da Rocha Ramalho, portador da carteira de identidade nº 3.422.452 e inscrito no CPF sob o nº 40.663.434-94 residente e domiciliado na Rua TV, nº 42 - Bairro Jardim das Palmeiras - Vila Nova, Cidade Santa Rita, Estado Pará, 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.

Jonathan Emmanuel da Rocha Ramalho

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 31 de Maio de 2016

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-381 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1960  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-20

Ficha Nr: 803044 Adm: Não Requisitado  
Data: 02/11/2015  
Hora: 11:03:14  
Recepção: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JONATHAN EMERSON DA ROCHA RAMALHO Núm. de vezes atendido: 1  
Nº Prontuário: 2015111-000098  
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 72CARTAO DO SUS 209520170070051 VARGESA NOVA

Bairro: VARGESA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: RICARDO DUCA RAMALHO

Mae: 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: EN M. COMPLETO COR. MORENO

Motivo de consulta por: ADEDA DE MOTO NO CAMINHO DA LUSENA 10:30H MADRUGADA

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

( ; Caso Policial

Tipo de CONSULTA

Condicoes do PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 130/80 FR:

Aparentemente Bem  Gravemente

TC: 100 TP:

Politraumatizado  Convulsao

TCO:

Altura:

Hemorragia  Dispermisao

Glicemias:

IMC:

Diarréia  Agitado

Circ. Abd:

O2%: 98

Regular  Chocado

Queixa Principal:

Vomito

Observacao:

TRAUMA NO MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

pt. F. tira de goma de moto 11:30h  
C/ dor de articulacao  
Rx de gelo

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

18 JUL 2016

RECEBIDO



Comprovação da sua declaratória  
00006

V.A.D.

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: Neo Regulado  
Data: 02/11/2015  
Hora: 11:08:14  
Recepção: ADRIANA DA SILVA  
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO Núm. de vezes atendido: 1  
Nº. de Prontuário: 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 ,72CARTAO DO SUS 2095201703700051- 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  
sp.: MAE RESPONSÁVEL  
/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: CASA

Transporte utilizado: EN M. COMPLETO COR. MORENO  
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO CAMINHO DE LUCENA HJ 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: 110 X 90	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
PC: 100	TP:	<input checked="" type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
IMC:	Altura:	<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%: 98	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
[ ] Vomito		

Queixa Principal  
TRAUMA NO MSE

Observação

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Pel. r.t. - de queimadura de mto 11 + 10s  
C/ dor em antebraço e

Diagnóstico: Fr. de golpe Conduta R

Prescrição

Horário da medicacão

18 JUL 2016

RECEBIDO

SAÚDE E SEGURADORA SIA





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jonatham Emerson da Rocha Ramalho,

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

Órgão SSSOLPB, CPF nº 110.663.434-94, venho perante a este instrumento declarar que não posso 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 São de Deus</u>
Número	<u>42</u>
Aptº/ Complemento	<u>Porto São Luís em Tendes</u>
Bairro	<u>Vila das Flores</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>AKarolina.pereira.silva@Rbtmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

18 JUL 2016

RECEBIDO

Jonatham Emerson da Rocha Ramalho  
Assinatura do Declarante







### Componentes da resistência

"Go 15

SABEM SEGURODE STA  
18 JUL 2016  
RECEBIDO



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:39  
<http://sintesi.sisnet.tce.mt.gov.br/Docentes/ConsultarDocumento?IdDocumento=202112151256172000000145105771>

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/list>

Num. 47918185 - Pág. 18



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jonatham Emerman da Rocha Ramalho

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

Órgão SSS/PIB, 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 Jornal de Meio</u>
Número	<u>42</u>
Aptº./Complemento	<u>Residencial Jardim das Flores</u>
Bairro	<u>Varzea 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>Alkamaria.ramalho@residencia.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

18 JUL 2016

RECEBIDO

Jonatham Emerman da Rocha Ramalho

Assinatura do Declarante





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cima, 17 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-572 NPI: 09.123.554/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME SEU NÚMERO

**Matrícula**

46605347

REFERENCIA

ABR/2016

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA E 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
146.02.725.0050	0	0 0 0	46605347
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Esgoto
A911081665	18/03/1998	5	LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m <sup>3</sup> )	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
349	349	0	33	21/05/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.	I QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-HS			
OUT/2015	0 42	NUMERO DE ANOSTRAS		
NOV/2015	0 42	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORME
DEZ/2015	0 32	COLIFORMES	39	39
JAN/2016	0 42	TURBIDEZ	39	39
FEV/2016	0 32	COLIFORMES	0	0
MAR/2016	0 42	CLORO	39	39
DATA(M)	07	(DADOS REFERENTES A: MAR/2016)		

DATA DA LEITURA:	25/04/2016	HORA DA LEITURA:	11:37:28
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m <sup>3</sup>	38	R\$32,78	
047-JUROS DE MORA		R\$0,05	
050-ACRESCIMOS(MESSES) ANT.		R\$0,05	

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

Total a Pagar:

VENCIMENTO: 04/05/2016 R\$33,48

15 9 8 10

NOTA DE LEITURA: NAO REALIZADA  
CAGOMADCA DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL  
ANORMALIDADE DE LEITURA: 32  
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES):  
NÃO EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.  
INFORMAÇÕES GERAIS:  
PARA SUA CONODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO  
MÁTICO.



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

Num. 47918185 - Pág. 20

Corporación de residencias  
\*0015\*

• 0018 •

SABEMI SEGURADOKA'SIA  
18 JUL 2016  
RECSBIC

18 JUL 2015

RECEIVED



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 15:13:59  
<http://pie.tiib.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113153561700000045495771>

Número do documento: 2108311315356170000045495771

Num. 47918185 Pág. 21



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

A Circular Susep<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu 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) Jone Thaia Oliveira de Roche Pernambuco do sinistro de DPVAT da natureza Acidente da vítima Jone Thaia Oliveira na Rocha Pernambuco 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 PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





0030

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

A Circular Susep<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu 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 Thau Bemerson da Rech Ramalho do sinal de DPVAT da natureza invalidade da vítima José Thau Bemerson da Rech 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 Apresentou

Assinatura – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Guilherme da Silva

RG nº 3467248 data de expedição 26/08/2018

Órgão SSP, portador do CPF nº 08371354436, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ENTELITA de SANTOS / Vila Nova nº 85.

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Francisco de Souza, cujo o condutor era  
José Francisco de Souza

Veículo: CICLON XY50 Q Jet Vermelho 2014

Modelo: XY50 Q Jet

Ano: 2013 ANO MODE: 2014

Placa:

Chassi: LXYXCBLO8E0528558

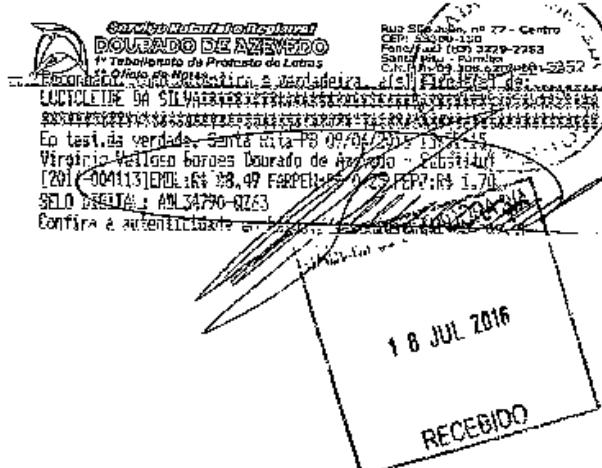
Data do Acidente: 01-11-2016

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

Guilherme 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, Suelio Moreira da Silva

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

Órgão SSP portador do CPF nº 083 71354436, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ENTELITA DE BOMJES 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 funcionário da prefeitura de Santa Rita o condutor era funcionario da prefeitura de Santa Rita

Veículo: CICLON XY500 Jet Vermelho 2014

Modelo: XY500 Jet

Ano: 2013 ANO MODELO: 2014

Placa:

Chassi: LXY XCBLO8E0528458

Data do Acidente:

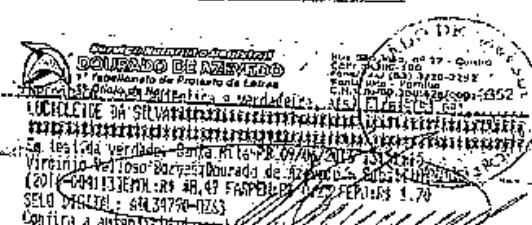
Local e Data:

*DEclarado  
DE APELADO*

Suelio Moreira da Silva

Assinatura do Declarante

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



Declarando do Proprietário do Veículo



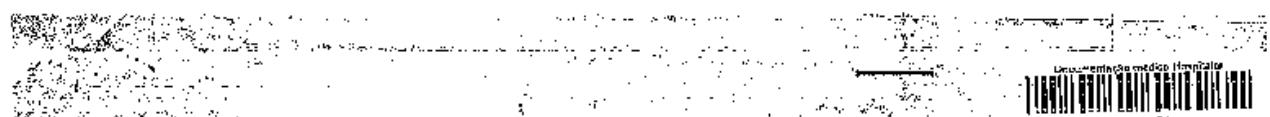
Eu, lucioleite da silva,  
RG nº 3 467 248, data de expedição 26/08/2008,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 083 735 443-6, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ENTELITA de Bomber 16518 Maria nº 85,  
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víma lucioleite da silva, cujo o condutor era  
lucioleite da silva  
Veículo: CICLIM XY50Q Jet Vermelho 2014  
Modelo: XY50Q Jet  
Ano: 2013 AND Mês: 2014  
Placa: Chassi: LXV/CBL08E0523458  
Data do Acidente: \_\_\_\_\_  
Local e Data: \_\_\_\_\_

lucioleite da silva  
Assinatura do Declarante

l

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOÃO PESSOA Pone: (83) 3214-1980

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

Ficha Nr: 803044 Ad: Não Regulado

Data: 02/11/2015

Hora: 11:03:14

Repcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 201511.000088

Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

CNS: SEM.CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3722752 Foné: 32297698

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

End: RUA TRAVESSA JOAO DE DEUS , 72 CARTAO DO SÓS 2095201703700051 VARZEA NOVA

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: RICARDO DUCA RAMALHO

Mae: VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

Ocupação: MARCENARIO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

sp.) HAB RESPONSAVEL

Adv/Proc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte Utilizado: EN M COMPLETO COR MORENO

Vitima de violencia por: QUEDA DE MOTO NO CAMINHO DE LUCENA HJ. DE MADRUGADA

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

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER APENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

P.A.: 130 X 90 FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: 100 TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Disponivel

Glicemias:

IMC:

[ ] Diarréia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%: 98

[ ] Regular [ ] Choquado

Queixa Principal

[ ] Vomito

TRAUMA NO MSE

Observação

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

PT: Fato de queda de moto 11/10/16  
CV: dor de articulacao e

Diagnóstico:

Ex de gallego

1. Conduta

SABEM SEGURODORASIA

Prescrição:

1. Horário da medicacão

18 JUL 2016

RECEBIDO





## 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, datô e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB.2959





Pl. Jonathan Fonseca de Rocha Ranaíha  
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  
Ortopediatra/Tratamento de fratura  
CRM 9128-PB SBOT 9.603

DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9128 SBOT 9.603

26.11.2015



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





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
20	M		Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
02/11/2015					
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura do rádio distal esquerda				S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
DUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx de punho demonstrando solução de continuidade sobre o rádio distal					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM ( ) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		( ) REMOVIDO		( ) A PEDIDO	
(X) MELHORADO		( ) REMOVIDO		( ) A PEDIDO	
ÓBITO				( ) CURADO	
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAPÇÕES)					
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 anti-inflamatória e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					

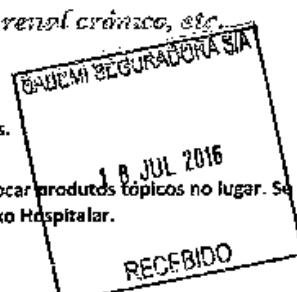
### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, reum 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:** Vimovo ou Diclo



RETORNO:	Ao posto de saúde em 25 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 25 dias para revisão.	
DATA		
12/11/15		
ASS. MÉDICO / C.R.M		
Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia ORM/128 SBT/9603		
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 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 ás 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

*Sueli*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





P/ Mathan Enesem da Rocha Roratto  
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 inapt(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo:

CID: S52.8  
Ortopedia/Truque/traumatologia  
CRM 9128-PB SBOT 9.603

DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9128 SBOT 9.603

26.11.2015



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





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PRONTUÁRIO N°			
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
20a	M		Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
02/11/2015					
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>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
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, TERAPÉUTICA, 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 <b>DIETA:</b> Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal. <b>REPOUSO:</b> 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. <b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> 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. <b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b> Vimovo ou Decal  <i>15 AGO 2016</i> <i>SABEM/SEGURADORA SIA</i> <i>RECEBIDO</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia ORM 128 SBT 9603					
12.11.15 DATA ASS. MÉDICO / C.R.M.					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OML, 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!





## **ESTADO UNICO 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.

11/11/2015 com alta dia 12/11/2015.  
E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da  
Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959

RECABEMI SEGURADORA SIA

15 AGO 2015

RECEBIDO



ASL-0979992/16  
priscila.koboldt  
/04/2018 11:20



pt\_frantham Fonseca da Rocha Ravachão  
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: 552ABXGIAFEQJWU  
Orthopedia/Truven Health Analytics  
CRM 9128-PB 5007 8003

DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9128 SBOT 9.603

26.11.2015



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





### LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Jonathan Emerson da Rocha Ramalho			PRONTUÁRIO N°		
IDADE	20	SEXO	M	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
					Ortopedia		

DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
02/11/2015						

DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura do Rádio Distal esquerda				S52.5	

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					

OUTROS DIAGNÓSTICOS					
---------------------	--	--	--	--	--

INCIAIS EXAMES					
Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal					

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
---------------------------	--	--	--	--	--

ANATOMIA PATOLÓGICA					
---------------------	--	--	--	--	--

INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
---	--	--	--	---	--

RESULTADO BACTERIOLOGIA					
-------------------------	--	--	--	--	--

CONDIÇÕES DE ALTA					
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/>	

RESUMO CLÍNICO <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small>					
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.

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 Diclo

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 128 SGTO 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

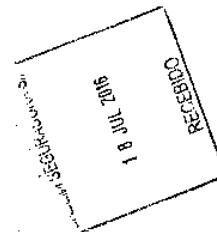


Em relação as pendencias de Jonathan Emerson da rocha ramalho, no que concerne ao BO não há como constar a placa uma vez eu trata-se de um ciclomotor, onde já foi enviado nota fiscal e declaração de proprietário do veículo (segue novamente).

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!





ESTRUTURA DA IMPRENSA: 20/01/2014 18:48

#### **ESTUDOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 2127/2001.  
ENDEREÇO: RUA MARQUES DE SANTOS, 744 BLOCO 197 PÉDIGO: VN-709 PRE-VENDA: 9948 VENDEDOR: LEO FORMA FGTO:

DECLARARMOUS PARA FINS DE LICENCIAMENTO EXOU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VÉHICULO ACIMA FICOU PARCIMONIA DO DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO PREDICARIA.

• 1998 RELEASE UNDER E.O. 14176

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

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:13:59  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113153561700000045495771>

Número do documento: 21083113153561700000015195771

Num. 47018185 Pág. 40

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

Nome Jonathan Emerson da Rocha Rinaldo  
Endereço Q. Tijucá, nº 500, 42-000 São Francisco de Itabapoana  
RG 34.624.452 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:

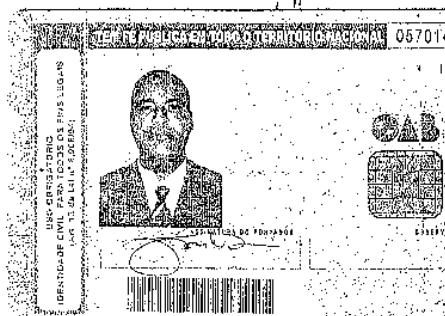
Completo Hospital Manoelina  
Nome da instituição hospitalar ou de atendimento



Santa Rita, 31 de Maio de 2.016

Jonathan Emerson da Rocha Rinaldo  
Assinatura do vítima (beneficiário)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108311315356170000045495771>  
Número do documento: 2108311315356170000045495771

Num. 47918185 - Pág. 42



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](http://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.)



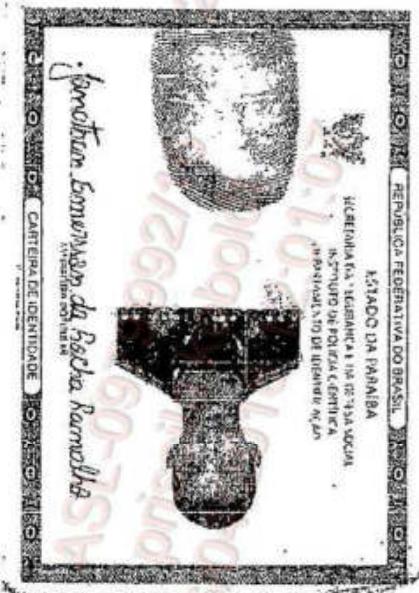
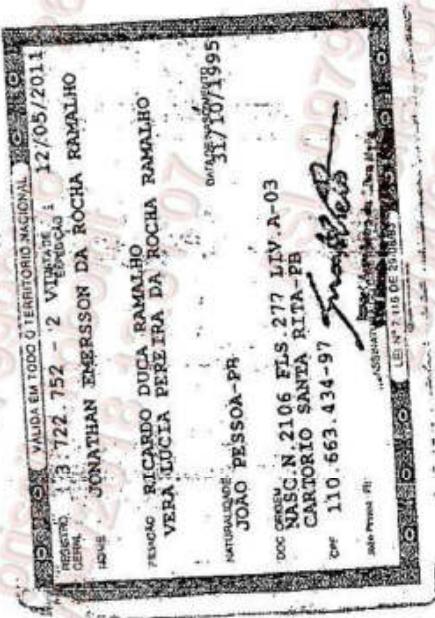
07/07/2016 16:39





C. D. MURRAY

ASL 40979992/16  
Priscila.koboldt  
04/2018 12:01:07  
-0012



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:39  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108311315356170000045495771>  
Número do documento: 2108311315356170000045495771

Num. 47918185 - Pág. 44



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

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113153561700000045495771>

Número do documento: 21083113153561700000045495771

Núm. 47918185 - Pág. 45



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](http://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 COMPRESSÃO: 28/01/2014 18:45

### DADOS ADICIONAIS

ANSWER DOCUMENT

SABEMI SEGURADORA S/A

15 AGO 2016

5 AGO 2016

~~REF ID: A65100~~

RECEBIDO  
Entregado por S10-SFS

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/03/2021 13:15:39  
<http://pie.tpbh.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113135361700000045495771>

Número do documento: 2108311315356170000045495771

Núm. 47918185 - Pág. 17

 <p><b>STAR MOTOS LTDA</b> RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE ALMEIDA N° 64 - TORRE - JOAO CEP 58040-300 FONE (83)3031-2345</p>		<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0-ENTRADA 1 1-SAÍDA Nº 000.014.350 SÉRIE 1 FOLHA 1/1</p> <p>0020</p>																																	
<p>NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE VEÍCULOS NOVOS D/E INSCRIÇÃO ESTADUAL 161869637</p>		<p>CONSULTA DE ACESSO 2514 0114 0478 2600 0110 5500 1000 0143 5017 3795 0867</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora</p> <p>PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 325140001500561 28/01/2014 18:48:05</p>																																	
<p>NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE VEÍCULOS NOVOS D/E INSCRIÇÃO ESTADUAL 161869637</p>		<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 14.047.826/0001-10</p>																																	
<p>DESTINATÁRIO/REMETENTE</p> <p>NOSSERAZÃO SOCIAL LUCICLEIDE DA SILVA</p> <p>ENDEREÇO RUA ESTELITA LUNDREGEN 85</p> <p>MUNICÍPIO SANTA RITA</p>		<p>UF PB</p> <p>BAIRRO/DEPARTAMENTO VARZEA NOVA</p> <p>CEP 58300-000</p> <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO</p>																																	
<p>FATURA/DUPLICATAS</p> <p>PAGAMENTO À VISTA</p>		<p>DATA DA EMISSÃO 28/01/2014</p> <p>DATA DA SAÍDA / ENTRADA</p> <p>DATA DA SAÍDA / ENTRADA</p>																																	
<p>CÁLCULO DO IMPOSTO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</th> <th>VALOR DO ICMS</th> <th>BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</th> <th>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</th> <th>VAL. APROX. TRIBUTOS (IPF)</th> <th>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <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 SEGURO</td> <td>DESCONTO</td> <td>OUTRAS DESPESAS ACESORIAS</td> <td>VALOR DO IPF</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> </tbody> </table>		BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. APROX. TRIBUTOS (IPF)	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 ACESORIAS	VALOR DO IPF	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. APROX. TRIBUTOS (IPF)	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 ACESORIAS	VALOR DO IPF	VALOR TOTAL DA NOTA																														
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00																														
<p>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</p> <p>NOSSERAZÃO SOCIAL</p> <p>ENDEREÇO</p>		<p>FRETE POR CONTA 9-SEM FRETE</p> <p>CÓDIGO ANTT</p> <p>MUNICÍPIO</p> <p>UF</p> <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL</p>																																	
<p>DADOS DO PRODUTO/SERVICO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO/REF.</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVICO</th> <th>NCM/NR</th> <th>CST</th> <th>CFOP</th> <th>UNID</th> <th>QUANT.</th> <th>V.UNITÁRIO</th> <th>V.BECS.</th> <th>V.TOTAL</th> <th>BC/ICMS</th> <th>V. ICMS</th> <th>V.IPF</th> <th>ALÍQ. ICMS</th> <th>ALÍQ. IPF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LXVNC000 NE0528758</td> <td>CICLIC XY500 JET VERMELHO 2014 Veículo: NOVO Marca: SHINERAY Tipo: CICLOMOTOR - Modelo: XY 50 0 JET Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2013 Ano Mod.: 2014 Chassi: LXVNC0005E0528758 Motor: IFV99MAEA081920 49cc 2,7hp Cor: : VERMELHO Registrat: 03/07/17 NF Origem: 20427 Esportes: PASSAGEIROS Passageiros: 2</td> <td>97311000</td> <td>060</td> <td>5403</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> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>		CÓDIGO/REF.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVICO	NCM/NR	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.BECS.	V.TOTAL	BC/ICMS	V. ICMS	V.IPF	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPF	LXVNC000 NE0528758	CICLIC XY500 JET VERMELHO 2014 Veículo: NOVO Marca: SHINERAY Tipo: CICLOMOTOR - Modelo: XY 50 0 JET Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2013 Ano Mod.: 2014 Chassi: LXVNC0005E0528758 Motor: IFV99MAEA081920 49cc 2,7hp Cor: : VERMELHO Registrat: 03/07/17 NF Origem: 20427 Esportes: PASSAGEIROS Passageiros: 2	97311000	060	5403	UN	1,00	4.600,0000	0,00	4.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
CÓDIGO/REF.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVICO	NCM/NR	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.BECS.	V.TOTAL	BC/ICMS	V. ICMS	V.IPF	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPF																					
LXVNC000 NE0528758	CICLIC XY500 JET VERMELHO 2014 Veículo: NOVO Marca: SHINERAY Tipo: CICLOMOTOR - Modelo: XY 50 0 JET Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2013 Ano Mod.: 2014 Chassi: LXVNC0005E0528758 Motor: IFV99MAEA081920 49cc 2,7hp Cor: : VERMELHO Registrat: 03/07/17 NF Origem: 20427 Esportes: PASSAGEIROS Passageiros: 2	97311000	060	5403	UN	1,00	4.600,0000	0,00	4.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																					
<p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTARIA DE ACORDO DECRETO 31217/2001. MD3-ec33d5850bf630f7ec587441bd197 PEDIDO: VNI-2079 PRE-VENDA: #168 VENDEDOR: IEDO FORMA FOTO: DINHEIRO</p> <p>DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO ISSOU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI VENUDIO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENACAO FIDUCIARIA.</p>		<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>SABEMI SEGURADORA S/A 15 AGO 2016 RECEBIDO</p>																																	

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

## PROCURAÇÃO



## OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão funcionário, C.I. RG nº 3.422.452 5505103, CPF/MF nº 110.663.434-94, residente e domiciliado(a) à Rua TV José de Freitas, 92 - Bairro São Judas Tadeu - Várzea Nova, Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58300-940, telefone (83) 99999-9999.

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 REGISTRAL

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-065  
Fone: (83) 3211-7177 João Pessoa - PB  
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:...

JONATHAN EMERSON DA ROCHA RAMALHO

En test. da verdade. João Pessoa - PB 31/05/2016 13:40:02

Harcos Alfredo da Rocha Silva - Escrivente

2016-0091601EMOL:R\$ 8,49 FARPEH:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AD123663-PXW

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### 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      **Data do acidente:** 01/11/2015      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
RAMALHO

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

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

**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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### 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:**



# PROCURAÇÃO

Procurado



## OUTORGANTE:

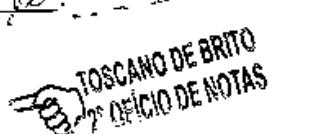
Jonatham Emerson da Rocha Ramalho, profissão  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
funcionário, CI RG nº 3.422.452.5505103, CPF/MF nº 000.663.434-74, residente e domiciliado(a) à Rua  
72 - Centro, São João Batista - Várzea Nova  
Cidade de Santo Antônio de Paraíba, Estado  
CEP: 58300-940, 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.

16 JUL 2016

Brasília, 31 de Maio de 2016

  
TOSCANO DE BRITO  
ÓFÍCIO DE NOTAS

Jonatham Emerson da Rocha Ramalho

OUTORGANTE

 TOSCANO DE BRITO  
ÓFÍCIO DE NOTAS

Rua Cardoso Passos, 31 - Edifício 55010-460  
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB  
www.toscanebrito.com.br

Reconheço, com autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
JONATHAN EMERSON DA ROCHA RAMALHO  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02  
Harcos Alfredo da Rocha Silva - Escrivente  
2016-00915010001-00-00-00  
Selo Digital: AB1234567890  
confira a autenticidade em <http://www.toscanebrito.com.br>



## PROCURAÇÃO



## OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão funcionário, C.I. RG nº 3.422.452 5555103, CPF/MF nº 110.663.434-94, residente e domiciliado(a) à Rua TV José de Freitas, 42 - Bairro São Judas Tadeu - Várzea Nova, Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58300-940, telefone (83) 9999-9999.

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 REGISTRAL

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-065  
Fone: (83) 3211-7177 João Pessoa - PB  
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

JONATHAN EMERSON DA ROCHA RAMALHO

En test. da verdade. João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02

Harcos Alfredo da Rocha Silva - Escrivente

2016-0091601EMOL:R\$ 8,49 FARPEH:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AD123663-PXW

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.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 subscreve, 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 arguir 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.joaoportoadvocacia.com.br](http://www.joaoportoadvocacia.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113154034500000045495773>  
 Número do documento: 21083113154034500000045495773

Num. 47918187 - Pág. 1

**"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.

**POR TANTO, 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113154034500000045495773>  
Número do documento: 21083113154034500000045495773

Num. 47918187 - Pág. 2

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.**

**Diane 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**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113154034500000045495773>  
Número do documento: 21083113154034500000045495773

Num. 47918187 - Pág. 3