



Número: **0801589-06.2019.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **13/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RENAN PEDRO DA SILVA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31190285	02/06/2020 10:31	2723183_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00169/00170 - carta_03 - INVALIDEZ

00060085



Carta nº 14515698





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

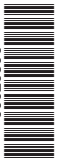
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14515796

Pag. 00999/01000 - carta_01 - INVALIDEZ

00020500





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00339/00340 - carta_04 - INVALIDEZ

00020170



Carta nº 14592270





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0219791/19 CPF da vítima: 70141455411 Nome completo da vítima: Renan Pedro de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Renan Pedro de Silva CPF: 70141455411
Profissão: segurado Endereço: Sítio Urumari Número: 512 Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Catanduva Estado: PB CEP: 58455-000
E-mail: Tel.(DDD): 8337341239

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 46543 CONTA: 220841
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, a caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Companhia Grande - PB 08/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Renan Pedro de Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





CERTIDÃO Nº. 021/2018

CERTIFICO, em razão do meu Cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo em Cartório desta Delegacia de Polícia Civil a pasta destinada ao registro de Ocorrências Policiais nº001/2018, verifiquei constar o assentamento da ocorrência policial nº021/2018 cujo teor passa a transcrever na íntegra: "Ao 01 (primeiro) dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava Cláudio Manoel Fernandes Marques, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo no final assinado, por volta de 10h40min, compareceu: **RENAN PEDRO DA SILVA, NATURAL DE CAMPINA GRANDE – PB, AGRICULTOR, CASADO, COM 22 ANOS DE IDADE, NASCIDO EM 22/11/1996, ALFABETIZADO, RG Nº. 4011056 SSP/PB, FILHO DE JOSÉ DA SILVA E MARIA JOSÉ NASCIMENTO SILVA, RESIDENTE NO SÍTIO CAMPO DE EMAS, ZONA RURAL, CAMPINA GRANDE – PB, PODENDO SER CONTATADO PELO TELEFONE 98791-4673.** Ciente das penalidades impostas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro noticiou que no dia 04/08/2017, por volta das 10h02min, pilotava a **motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, 2011/2011, VERMELHA, PLACA OEW2758/PB, CHASSI 9C2KC1670BR626789 registrada em nome de SEVERINO DE SOUSA; Que transitava por uma estrada de terra no Sítio Umari, indo para o trabalho, quando em uma curva foi abalroado por um automóvel que vinha em sentido contrário; Que não sabe qual veículo o abalroou nem a placa do mesmo; Que populares ligaram para o SAMU e uma ambulância esteve no local e o conduziu para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB. O referido é verdade. Dou fé. Dada e lavrada nesta Cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, ao 01 dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito.**



Josivane José da Silva
Escrivão de Polícia Civil

Rua João Queiroga, 77, Centro, CEP: 58.455-000 – Telefone (83) 33451004.
caturite.dspl1@hotmail.com





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0219791/19 CPF da vítima: 70141455411 Nome completo da vítima: Renan Pedro de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Renan Pedro de Silva CPF: 70141455411
Profissão: segurado Endereço: Sítio Urumari Número: 512 Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Catanduva Estado: PB CEP: 58455-000
E-mail: Tel.(DDD): 8337341239

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 46543 CONTA: 220841
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, a caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Companhia Grande - PB 08/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Renan Pedro de Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
LÍDER - ADMINISTRADORA DE SEGUROS

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192
USB-43

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de comprovação, que **RENAN PEDRO DA SILVA**, 21 anos, RG: 4.011.056 SSDS/PB, CPF: 701.414.554-11, foi atendido pela equipe de socorristas (Enfermeiro, Técnica em Enfermagem e Condutor Socorrista) deste estabelecimento de saúde, vítima de colisão carro/moto no dia 04/08/2017, ID: 1595310 às 10h02min. Realizado atendimento de acordo com Protocolo vigente, e o paciente foi removido para o hospital de trauma de Campina Grande conforme regulação médica.

Por ser verdade, eu dato e assino a presente declaração.

Caturité - PB, 16 de Agosto de 2017.

Dr. João Carlos B. Santos
ENFERMEIRO
COREN/PB 478203

João Carlos Belo dos Santos
Enfermeiro – COREN PB 478.203
Responsável Técnico do SAMU Caturité/PB

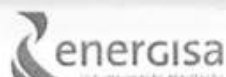


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - Nº 027.265.945



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA
SIT UMARI S/N
CATURITE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/714044-5

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

28/06/2019

CONSUMO

36

VENCIMENTO

05/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 33,60

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 03301.144170 6 79410000003360				
Pagador: ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA CNPJ/CPF: 143.256.334-30				
SIT UMARI S/N - AREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003301144	000000000201906	05/07/2019	R\$ 33,60	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/06/2020 10:31:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060210311196300000029930885>

Número do documento: 20060210311196300000029930885

Num. 31190285 - Pág. 9

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Carlos da Silva, RG de nº 3.22.36.38, data de expedição 12/09/2016, Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 066.502.354.26, com domicílio na cidade de Cataripe, no Estado de Pernambuco, onde reside na (zona rural) Rua/Avenida/Estrada/sítio Sítio Campo de Coelhos nº 5/N, Bairro Zona Rural, 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 Renan Pedro do Silva cujo o condutor era Renan Pedro do Silva.

Veículo Motocicleta
Modelo Honda / POP 110 i
Ano 2016
Placa QFN 8005
Chassi 9C2FBD1006R212869
Data do Acidente 04.08.2017
Local e Data Sítio umará 04.08.17



João Carlos da Silva
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Reconheço a firma de João Carlos da Silva,
por autenticidade
Cartório PB, em 02 de julho de 2018
Eu, João Carlos da Silva, declaro a veracidade dos fatos.
João Carlos da Silva
José Afonso Nunes
ESCRIVÃO

09.369.224/0001-40
Cartório do Registro Civil e Notas
Rua João Queiroga, 94
Centro - CEP 58455-000
CATURITÉ PB

SELO DIGITAL
AHC36814-POFE

04.07.19

CERTIFICADO

EU Remem Pedro de Silva natural de Campina Grande PB Portador do RG 4.011.056 e CBE 701.414.554-11 agricultor casado com 23 ANOS de idade, nascido em 22.11.1996. Filho de JOSÉ DA SILVA E MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA MOREIRA RURAL NO SÍTIO UIA MARY. Venho por meio desta informar que em 04.03.2017 eu ia trabalhar conduzindo uma FARM VERMELHA PLACA DEW, 2758, PBAE#ASTI 9C2KC1670 BR626789. Em nome de SEVERINO DE SOUSA. que eu trabalhava em uma estrada de Terra no sítio UIA MARY quando em uma curva fui observado por um agricultor que tinha um sentido contrário que não sei qual o veículo que me observou nem placa da mesma. Os policiais ligaram para o SAMU e a ambulância veio mais tarde no local. e fui conduzido para o HOSPITAL DE TRAMA de Campina Grande PB o referente veículo. Com FRATURA NO PERNA esquerda e BRAÇO esquerdo. O qual foi feita uma cirurgia na perna esquerda. Vinde o Remem o seguro DIPV sendo que não tenho mais contato com o VÍCIPIO da moto. Por isso está fazendo este declaração.

Remem Pedro de Silva.



FORÇA



HTCG-Painol Administrative



ATENDIMENTO URGÊNCIA

MELHO

Date: 04/08/2017

Adreza Da Silva Araújo

Nascimento: 22/11/1995

Telephone: 86507580

 $\text{O}^{16}\text{N}^{15}$

Profissão: ALMOXARIFADO

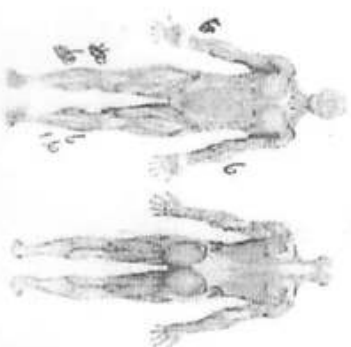
CNS:7084032.42029964

CONVENIO.SUS

Especialidade:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Atratis
2. Amurapio
3. Avello
4. Cernusco
5. Cernusco
Dor
7. Edma
8. Erailpanto
9. Enlitasububinas
10. Ertrapanto
11. Foulmole
12. F. Avelo Brans
13. F. Avelo da Fop
14. F. Cernusco
15. F. Cernusco
16. F. Cernusco
17. F. Avelo Cernusco
18. F. Avelo Cernusco
19. F. Avelo Cernusco
20. F. Avelo Cernusco
21. Memora
22. Invergamento Vercato
23. Invergamento
24. Invergamento
25. Invergamento
26. Invergamento
27. Invergamento
28. Invergamento
29. Invergamento
30. Invergamento
31. Invergamento
32. Invergamento
33. Invergamento
34. Invergamento
35. Invergamento
36. Invergamento
37. Invergamento
38. Invergamento
39. Invergamento
40. Invergamento
41. Invergamento
42. Invergamento
43. Invergamento
44. Invergamento
45. Invergamento
46. Invergamento
47. Invergamento
48. Invergamento
49. Invergamento
50. Invergamento
51. Invergamento
52. Invergamento
53. Invergamento
54. Invergamento
55. Invergamento
56. Invergamento
57. Invergamento
58. Invergamento
59. Invergamento
60. Invergamento
61. Invergamento
62. Invergamento
63. Invergamento
64. Invergamento
65. Invergamento
66. Invergamento
67. Invergamento
68. Invergamento
69. Invergamento
70. Invergamento
71. Invergamento
72. Invergamento
73. Invergamento
74. Invergamento
75. Invergamento
76. Invergamento
77. Invergamento
78. Invergamento
79. Invergamento
80. Invergamento
81. Invergamento
82. Invergamento
83. Invergamento
84. Invergamento
85. Invergamento
86. Invergamento
87. Invergamento
88. Invergamento
89. Invergamento
90. Invergamento
91. Invergamento
92. Invergamento
93. Invergamento
94. Invergamento
95. Invergamento
96. Invergamento
97. Invergamento
98. Invergamento
99. Invergamento
100. Invergamento

Superficie corpora

DIAGNOSTICO / CID:

Grau () 1^o Grau () 2^o Grau () 3^o Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Parâmetros utilizados de entrada de modo (velocidade, modo -
vario) lubrificação de 02 metros, entou de capacidade. tempo
passado de levantamento, ventos, 12,4 km, 12,4 km, 12,4 km
uma fixação E é preciso 0. Inopção pelo 5 km, 5 km, 5 km
colar avulso e lub.

Schilke

ALERGIA: *W/O*

MEDICAMENTOS: *Lujo*

PATOLOGIAS: *neuro*

EXAME FISICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow ☐ PA ☐ HGT: SAT02

per il movimento di nuovo E. Andersen

01 JUL 2019

EXAMENES SOLICITADOS

() Tomografía Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Especialista: C. A. H. J. W. C. as : Día - / - /

Especialista: _____ as _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MEDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
----	------------------------	-------------------

Adm. d. Ameghino

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

04/08/2017

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Paciente vítima de acidente de trânsito
com fratura exposta de
A bula 2
co: A2 C1

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 9885



DESTINO DO PACIENTE _____

SERVIÇOS REALIZADOS:

() Centro cirúrgico
() Internação (setor) _____
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia
() Decisão Médica
() Óbito

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IOADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Suelio Moreira Torres
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

ojeToHogfmspreurgencia.php?contar=1480251

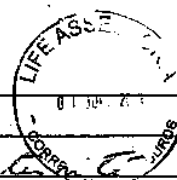
2/2





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

Ficha de Acolhimento



Nome:	Denise Pidas da Silva		
End:	ST Camarões da Emas	Bairro:	Camacim
Data de Nascimento:	22.11.95	Documento de Identificação:	
Queixa:	acidente de carro	Data do Atend.:	04.08.17
		Hora:	15:25
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

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

Denise Moura da Silva
Assinatura e carimbo do profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Ramon Fere		Alojamento	01 JUL 2019	Leito	1	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica					
1	Picor Linc							
2	Torre Salinada							
3	Carmelone Jg @ 12h	12						
4	Thomel 100 - 100	24						
5	SEG 100 @ 12h	24						
6	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
7	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
8	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
9	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
10	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
11	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
12	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
13	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
14	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
15	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
16	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
17	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
18	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
19	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
20	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
21	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
22	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
23	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
24	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
25	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
26	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
27	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
28	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
29	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
30	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
31	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
32	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
33	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
34	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
35	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
36	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
37	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
38	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
39	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
40	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
41	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
42	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
43	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
44	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
45	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
46	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
47	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
48	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
49	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
50	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
51	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
52	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
53	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
54	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
55	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
56	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
57	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
58	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
59	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
60	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
61	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
62	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
63	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
64	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
65	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
66	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
67	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
68	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
69	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
70	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
71	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
72	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
73	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
74	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
75	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
76	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
77	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
78	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
79	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
80	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
81	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
82	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
83	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
84	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
85	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
86	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
87	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
88	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
89	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
90	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
91	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
92	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
93	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
94	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
95	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
96	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
97	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
98	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
99	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						
100	Ilall 100 y 100 @ 12h	24						

MOD. 035



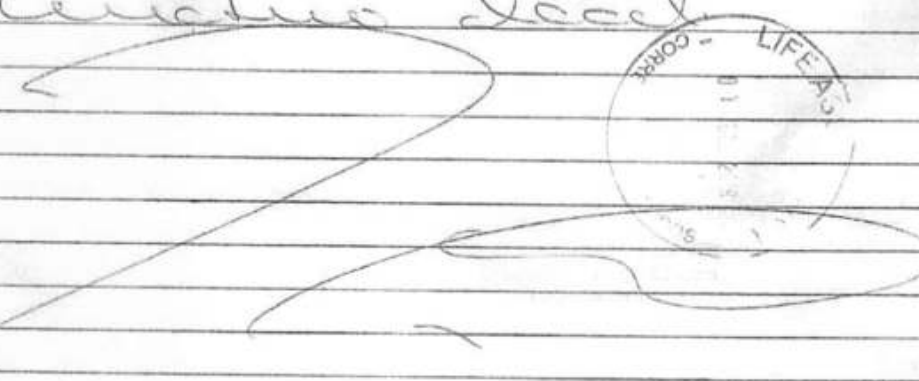
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
LINDA PAIVA			
Data da Operação	04.08.11	Enf.	Leito
Operador	Dr. Luiz Eduardo	1º Auxiliar	Dr. João
2º Auxiliar		3º Auxiliar	
Anestesia		Instrumentador	
		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tumor Cístico de Fígado			
Tipo de Operação			
Limpes e Ressecamento			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

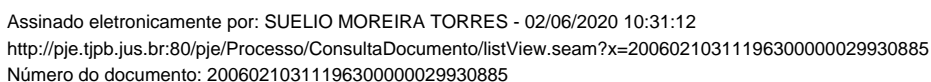
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Posicionamento e Antissepsia
2. Posição do Ambo esterno
3. Punção e desbridamento
4. Sutura da ferida
5. Curativo local



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
Remom Pedro da Silva				SUS		21		1480251.	
CIRURGIA				CIRURGIÃO					
Gua exposto para (E)				Dr. Luiz Antônio					
ANESTESIA				ANESTESIA					
				Dnº Filho					
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
		04.08.17		15.20		16h.			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS				Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		
	A adrenalina amp.		06		Calef. p/ Oxi.		Calgut cromado Sertix		
	Atropina amp.				Calef. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		01		Compressa Grande		Calgut cromado Sertix		
	Dilore amp.				Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolanlina amp.				Colonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrone ml				Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenilegum amp.				Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml				Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml				Dreno Pazzar nº		Ethibond		
	Ketalar ml				Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Morcalina % ml				Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubain amp.				Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.				Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Procligine amp.				Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak		
	Protóxido I/m				Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak		
	Quelcin ml				Gase Pacote c/ 10 unidades	0.5	Fila cardiaca		
	Rapifen amp.				H ₂ O ml	0.2	Mononylon 2...		
	Tionembutal ml				Intracath Adulto		Mononylon		
	Tiacrium amp.				Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES			01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.		01		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp.				Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Dipirona amp.				Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.		03		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Fieboocort amp.				Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Garamicina amp.				Luvas 8.5				
	Glicose amp.				Oxigênio l/m	0.5			
	Glucon de Cálcio amp.				Poliflix				
	Haemaceel ml				PVPi Degemante ml				
	Hepsrema ml				PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.				Sabão Antisséptico	0.5	SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.				Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrobinazol				Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Piasil amp.				Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		0.2		Seringa desc. 05 ml	0.6	SG fr 500 ml		
	Revivan amp.				Sonda				
	Stuptanon amp.				Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
02 01	Cefalotina 1g				Sonda Nasogástrica				
					Sonda Uretral nº				
					Sterydrem ml				
					Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				Vaselina ml				
02	Aguha desc. 25 x 7				Gelcon 18				
	Aguha desc. 28 x 28				Latece				
	Aguha desc. 3 x 4,5								
01	Aguha p/ raque nº								
	Alcool de Enfermagem								
	Alcool Iodado ml								
	Ataduras de Crepon								
	Ataduras de Gessada								
	Azul metileno amp.								
	Benzina ml								
							EQUIPAMENTOS		
(X) Oxímetro de Pulso							() Foco Auxiliar		
() Serra							() Eletrocautério		
() Desfibriador							() Oxícapiógrafo		
() Foco Frontal							(X) Cardiomonitor		



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Fr Exp Fibula

Paciente	44997	12/02/20	Alojamento		Leito	7.1	Convênio	
----------	-------	----------	------------	--	-------	-----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
6/10	1 DIETA LIVRE 2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H 3 CLINDAMICINA 600MG + AD EV 6/6H 4 DIPIRONA 1g+ABD EV 8/8H 5 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H 6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SIN 7 OMEPRAZOL 40MG + DIQUENTE EV EM JEJUM 8 CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9 MEDICAÇÕES DE USO CRONICO COM O PACIENTE 10 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H 11 SSVV+CCGG 12 Curativo J x d. e. 13	08 2h 06 10 2h 26 12 2h 26 14 2h 26 16 2h 26 18 2h 26 20 2h 26 22 2h 26 24 2h 26 26 2h 26 28 2h 26 30 2h 26 32 2h 26 34 2h 26 36 2h 26 38 2h 26 40 2h 26 42 2h 26 44 2h 26 46 2h 26 48 2h 26 50 2h 26 52 2h 26 54 2h 26 56 2h 26 58 2h 26 60 2h 26 62 2h 26 64 2h 26 66 2h 26 68 2h 26 70 2h 26 72 2h 26 74 2h 26 76 2h 26 78 2h 26 80 2h 26 82 2h 26 84 2h 26 86 2h 26 88 2h 26 90 2h 26 92 2h 26 94 2h 26 96 2h 26 98 2h 26 100 2h 26	08 DILH Bêb, estavel a dor local e pouco secreções FO = 04/10/17 CO = 01/10/17 COBRE



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Admissão	Alcance	Leito	Convênio	Evolução Médica
Admission	12/06/2019	12	1	Convênio	Evolution
1. Dieta	Dieta				
2. S.R.L. 1500ml EV/24h					
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	12	18	24	06	
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12	18	24	06	
5. Omeprazol 40mg EV/jejum					
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN					
7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN					
8. Clexane 40mg SC/dia					
9. SSVV + CCGG					
<p>Dr. Schunbert Costa Otorrinolaringologista CRM 5559</p> <p>Dr. Schunbert Costa Otorrinolaringologista CRM 5559</p> <p>01 JUL 2019</p> <p>LIFE ASSESSOR</p> <p>COMPRE-SEGUROS</p>					

Diagnóstico

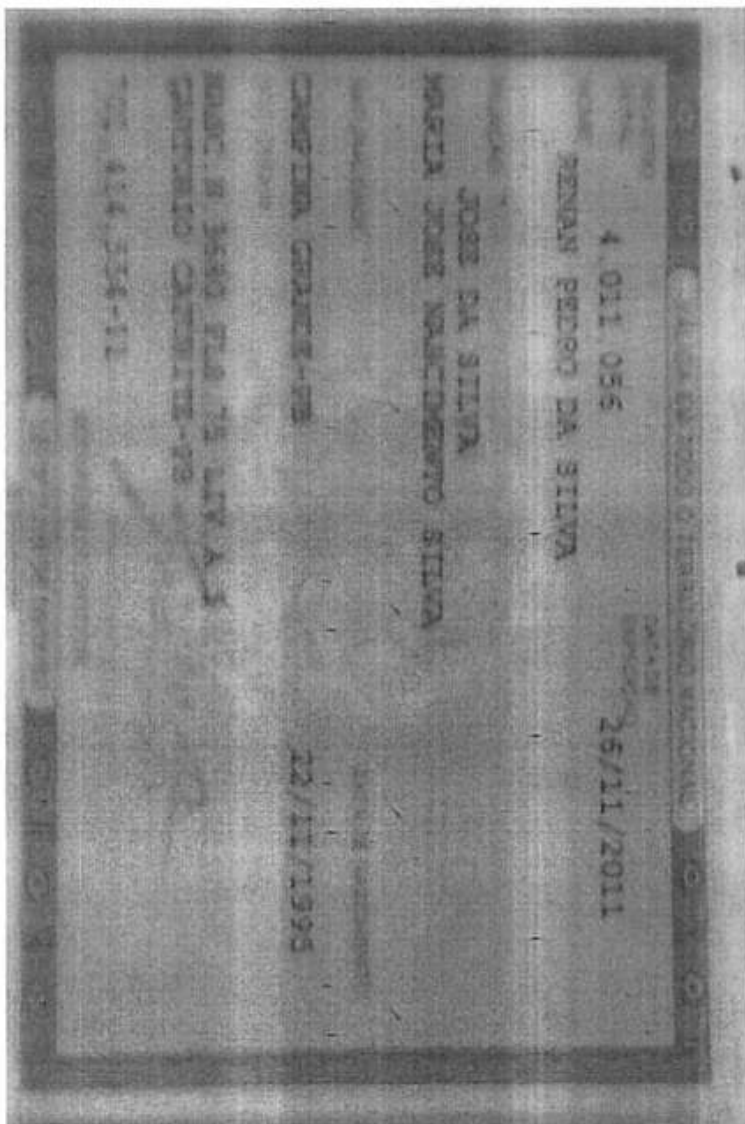
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente FEVERAL FERNANDES Alojamento 7 Leito 1 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07.8	1 - Dieta livre	ciente	sem febre
	2 - S R L 500 ml I.V. 12/12 h.	12 24	sem dor
	3 - Clindamicina 600mg + ABD IV 6/6 h	12 18 24 06	sem dor
	4 - Gentamicina 240mg + S F 0,9% 100 ml IV 1 X	12 18 24 06	
	5 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	14 22 06	
	6 - Tilatil 20 mg I. V. 12/12 h.	12 24	
	7 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	26	
	8 - C. C. G.	ciente	
		ciente	







ATORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÁNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

O COMPRADOR: _____

CPF/CNPJ: _____

100: _____

DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

Indevidente tem a obrigação legal de constatar a veracidade do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado solidariamente pelos prejuízos impostos o autor e o comprador, até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 174 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

Apresento, neste prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a devolução do veículo para o seu dono, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 230 do CTB), negando o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade AUTENTICIDADE.

VRD: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
 CONFORME ART. 369 C.P.C.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 012650492335	
		16659058345	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
RPPV 20160100052613-0			
VIA	1	0-08/02806-7	00/00000000
NOME/ENDEREÇO			
JOSE CARLOS DA SILVA			
SIT CAMPO DE EMAS SN			
58455000 CATURITE-PB			
CPF/CNPJ		PLACA	
06650735426		CEN8005/PB	
NOME ANTERIOR			
NOMEX RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA			
PLACA AUT. P.P.	CHASSI		
NOVO	PB	962JB01006R212869	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOT/CICL/HAQ AP/LIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/POP 1100		2016 2016	
CAP/MOT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 R/109 /C1	PARTIC	VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA			
N.Motor : JB01E0GZ12880			
CATURITE-PB		LOCAL	DATA
32875			20/05/2016
		7003781	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/06/2020 10:31:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060210311196300000029930885>

Número do documento: 20060210311196300000029930885

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 01545365134	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		7050846089	
1		0034346812-3	
SEVERINO DE SOUZA		RTE 20150100050223-9	
R AMELIA PEREIRA NIA 875 CASA		09/00800000	
CENTRO		58440000 QUEIMADAS-PB	
38522292434		09/0758/PB	
EMERSON PEDRO DE SOUZA			
MOTOR		962HC1670BR626789	
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 FAN ESI		2011 2014	
2 P/149 /CI		PARTEC VERMELHA	
SEM RESERVA DE DOMINIO			
N.MOTOR : K01687B626789		0	
QUEIMADAS-PB		26/05/2015	
32875			



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEICULO ATIV	
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEICULO PARA:	
NOME DO OCUPADOR	VALOR R\$
SILVA	
ALBERTO DOMINGOS	
NO. 1231545	OFICINA 12108267476
ENDEREGO: Sítio caixa DAVEA	
QUEIMADAS PB	
LOCAL EDATA: QUEIMADAS PB 03-09-2015	
ASSINATURA DO PROPRIETARIO VENDEDOR	
Suelio Moreira Torres	
RECONHECIMENTO DE FILIAL DO PROPR ETARIO VENDEDOR	
OFICINA DE NOTAS E REGISTRO	
Rua do Rosário, 48 - Centro - Aracaju-PB	
Reconheço como autêntica e verdadeira	
a(s) firma(s) de Suelio Moreira Torres	
SOLAS	
conforme autógrafo arquivado neste ofício.	
Aracaju, 31 de Agosto 2015	
Em testemunho	
Suelio Moreira Torres	
SUELIO: 01545365134 - PRTY	
Severino Ramos de A. Santos	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190404284 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.
P 4/5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190404284 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.
P 4/5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

Número do Sinistro: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 04/08/2017

CPF: 701.414.554-11

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENAN PEDRO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
DUT

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA
CPF: 701.414.554-11

RENAN PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

CPF: 701.414.554-11

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 04/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENAN PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENAN PEDRO DA SILVA : 701.414.554-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA
CPF: 701.414.554-11

RENAN PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

