

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

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

Nº Sinistro: **3180250226**

Vitima: **RONALDO SOARES DA SILVA**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12910655



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

- Documentação médico-hospitalar ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12910964





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

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RONALDO SOARES DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 872.463.684 - 34	Nome completo da vítima RONALDO SOARES DA SILVA
---------------------------	-----------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RONALDO SOARES DA SILVA		CPF titular da conta 872.463.684-34	Profissão RECLUSO
Endereço R. JOSÉ ALVES SOBRINHO		Número 133	Complemento
Bairro JARDIM TAVARES	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARAÍBA	CEP 58.103-005
Email sobbinsocaf@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 99829-8835	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0737 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 00030031 (Informar dígito se existir)
BANCO Nome 	CONTA NRO.
AGÊNCIA NRO. 	CONTA NRO.

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

30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAMPINA GRANDE/PB 13 de MAIO de 2018
Local e Data

Ronaldo Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00153.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/02/2018

Hora: 11:36:00

Forma da Comunicação: Verbal

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

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Ronaldo Soares da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Terezinha Soares da Silva e Francisco Soares da Silva

Idade: 45

Data de Nascimento: 07/10/1972

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Motoboy

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

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

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98642-6701

TESTEMUNHA

Nome: Walfredo Moreira dos Santos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Severina Pereira dos Santos e Alfredo Moreira dos Santos

Idade: 44

Data de Nascimento: 19/07/1973

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

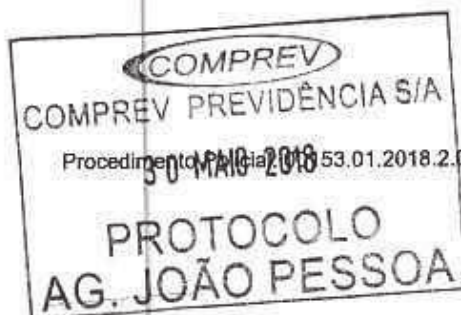
Profissão: Pintor

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

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

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98894-1569





TESTEMUNHA

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

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

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 15 de maio de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

Delegado(a) de Polícia Civil

Ronaldo Soares da Silva

RONALDO SOARES DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

RONALDO SOARES DA SILVA

CPF da Vítima

872.463.684-34

Data do Acidente

07/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

RONALDO SOARES DA SILVA

CPF do Representante legal

872.463.684-34

Email

Bolhinasage@hotmail.com

Telefone (DDD)

(83) 90329-8355

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PALMIRA GRANDE/PA 18 de MAIO de 2018

Local e Data

Ronaldo Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

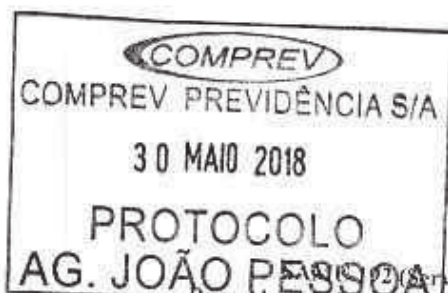


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

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

Campina Grande, 27 de abril de 2018.




SUPERVISOR

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RONALDO SOARES DA SILVA,

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

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

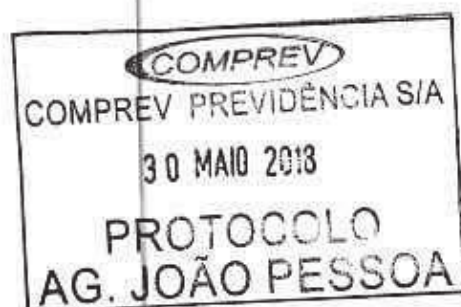
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JOSE ALVES SOBRINHO</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JARDIM TALHES</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.103 - 005</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99229-8855</u>
E-mail	<u>Balbinoteg@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:

Ronaldo Soares da Silva



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

11289139

REFERENCIA

MAI/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.026.040.0050.000		000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
			1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y13N726541	02/12/2013	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIA		PROXIMA LEITURA		
1074	1091	17	30		02/06/2018		
HIST. DE CONS./ANOS		LEIT.	QUAL ID. DA ÁGUA-TECRETO 2.914/2011-MS.				
ABR/2018	22	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES	
MAR/2018	18	0	TURBIDEZ	0	0	0	
FEV/2018	22	0	CLORO	0	0	0	
JAN/2018	24	0	COL. TERMO	0	0	0	
DEZ/2017	23	0	CDR	0	0	0	
NOV/2017	17	0	CDR TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	21	DADOS REFERENTES A: MAR/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 03/05/2018

HORA DE IMPRESSÃO: 06:15:38

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	16 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	2 M3	34,23
ESGOTO		
ACRESCIMOS: MESSES: ANT. 11/2017-12/2017		3,40
JUROS DE MORA 11/2017-12/2017		5,54

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,62 PIS E CONFINS: LEI 12.741/12

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

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

INFORMAÇÕES GERAIS:

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



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

826600000000 2 81170010018 3 01128913901 3 05201890003 6



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



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

DADOS DO VEÍCULO:

Modelo: Honda NXR 160 Bros ESDD

Ano: 2015/2016

Placa: QFQ 4479/PB

Chassi: 9C2KDO810GR409946

Data do acidente: 07 de fevereiro de 2018

Campina Grande, 12 de abril de 2018.

Cartório do
1º Ofício

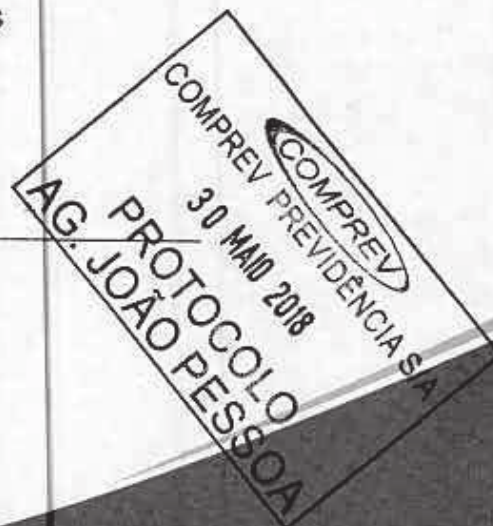
Lindalva Dias dos Santos

Assinatura do Condutor

CENTRAL DE ATENDIMENTO

(83) **2102.3232**

www.planodigna.com.br





1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANDRO CUNHA LIMA

Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-360
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1292 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.304-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, Dou. fe. Campina Grande (PB) -
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho  da verdade.

Selo Digital: AGM25D11-8QVT - Consulte a autenticidade em <https://seledigital.tpb.jus.br>
Empl.: R\$ 9.50 FEPL: R\$ 1.90 FARPEN: R\$ 0.28 ISEGON: R\$ 0.47 Total: R\$ 12.15
890a229ed8936f47ad4c389b4b231b1x5ac0ce8



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LINDALVA DOS SANTOS E CIA LTDA - ME,
RG nº _____, data de expedição 1/1/, Órgão
_____, portador do CPF nº 08.509.138/0001-22, com domicílio na
cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAÍBA, onde
resido _____ na _____
(Rua/Avenida/Estrada)
AV. PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, nº 390,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
RONALDO SOARES DA SILVA, cujo o condutor era
RONALDO SOARES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda / NXR 160 Bros E SDD
Ano: 2015 / 2016
Placa: QFG 4479 / PB
Chassi: 9C2KD0810GR409946
Data do Acidente: 07/02/2018
Local e Data: Campina Grande - PB 12.04.18

Cartório do
1º Ofício

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

Ronaldo Soares da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANDRO CUNHA LIMA

Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-200

Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.304-07 Vidal de Negreiros, 70
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, Dou fé, Campina Grande (PB) -
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho _____ da verdade.

Selo Digital: ADM25019-330C - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpic.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEP.L.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,26 ISSOM.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,13
91797ee2936e1cb1b5f8e019d8c4d3e4cf174a8

Márcio Cavalcanti
Escrivão

Vidal de Negreiros, 70

Campina Grande - PB

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lindalva Dias dos Santos,
RG nº 233.352, data de expedição 27/01/2008 Órgão
SSP, portador do CPF nº 078.449.304-97, com domicílio na
cidade de Campina Grande, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
FERNANDO GARCIA DE MELO, nº 290,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Ronaldo Soares dos Santos, cujo o condutor era
Ronaldo Soares dos Santos.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR-160 PROS ESD
Ano: 2015 / 2016
Placa: QFR-4479-PB
Chassi: 9C2KDC810GR409946
Data do Acidente: 1/1/
Local e Data: Campina Grande 14 de Novembro de 2018

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

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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Sítio do Huguinho, 35 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 55.900-200
Fone/Fax: (35) 3331-2175 - (35) 3331-1205 - (35) 3331-1195
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.334-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, D.O.U. fê. Campina Grande(PB) -
14/11/2018 - 10:23. Selo Digital: AHN76797-HDU6.

Em testemunho João Carlos Aguiar da verdade.

Consulte a autenticidade em <https://verificador.spb.jus.br>

Emel.: R\$ 0,55 FEPJ.: R\$ 1,80 FAREM: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 3,10



07/02/2018

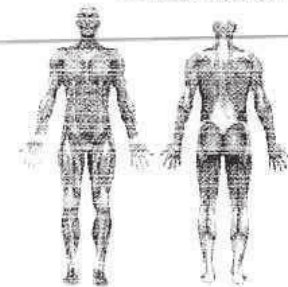
HTCG-Painel Administrativo

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1594136 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/02/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres
PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA CEP:58400002 Nascimento:07/10/1972
Endereço:R FELIX CAROLINO BARBOSA Sexo:M Telefone: 987469507
Cidade: Campina Grande Idade:045 Bairro:ALTO BRANCO
Nome da Mãe: TEREZINHA SOARES DA SILVA RG: 1612417 Nº:263
Responsável: CPF: 87246368434 Profissão:MOTOBÓY
Estado Civil: Data de Atend:07/02/2018 CNS:708104831315310
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 12:29:28
Médico: CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente no corpo)



- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Infecção subcutânea
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortado
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corto-contuso
- 17. F. Perfuro-contuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura com deslocamento
- 20. Fratura simples
- 21. Luxação
- 22. Injurgimento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinosa
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento tóxico paradoxal
- 28. Objeto Encastrado
- 29. Ostracismo
- 30. Paralisia
- 31. Paralisia
- 32. Parivestria
- 33. Queimadura
- 34. Rinite
- 35. Sinais de Isquemia
- 36.

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

BS:
UEIMADURA:
superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
IGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Esotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia;
() Gasometria arterial () Radiografias;
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: às Dia / /

Especialista: às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Atestado médico #
Paciente vítima de acidente
de moto apresentando lesões
em membros inferiores.
Tratado com curativos e
medicação.
At. Dr. Wagner Falcão
CRM-PB 86643

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

Dr. Wagner Falcão
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 86643

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

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

Antônio Soares dos Santos
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Ronaldo Soares										PRONTUÁRIO:	463	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:						
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>											


DADOS CLÍNICOS:

RAIO X

MATERIAL A EXAMINAR:

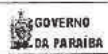
EXAMES SOLICITADOS: Rx ombro (E) / Perfil de escápula

Aular

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dr. Rossana Cavalcante Ortopedia e Traumatologia CRM 4396 TEOT 8473
DATA: 07/05/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

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



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

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA
DATA DO EXAME: 07.02.2018

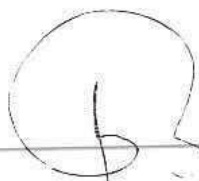
RADIOGRAFIA DE OMBRO

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

106

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

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



Dr. Raiff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A Cor
CRM/PB: 8620





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:																PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:								
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>														

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	De: Osteodma e Traumatologia CRM-PB 81.450 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS/IA
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

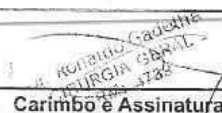
 GOVERNO DA PARAÍBA	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <u>RENALDO SCAVALLO DUTRA</u>										PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				

DADOS CLÍNICOS: <u>Acidente no trânsito / Do no trânsito</u>
--

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: <u>- Rx de Coluna C6-C7</u> <u>- Rx de Tórax</u>

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<div style="text-align: center;">  Carimbo e Assinatura do Médico <u>04/02/18</u> </div>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

SMW

Ficha de Acolhimento

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

Not

Classificação de Risco

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

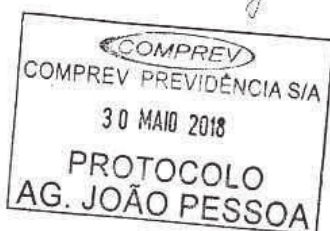
Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1594136

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

PACIENTE: RONALDO SOARES DA
SILVA

Endereço: R. FELIX CAROLINO BARBOSA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: TEREZINHA SOARES DA SILVA

Responsável:

Estado Civil:

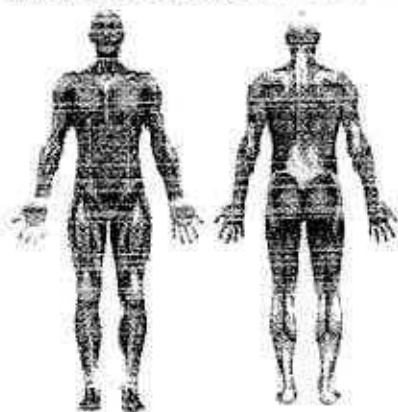
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente: RONALDO SOARES DA SILVA, nascido em 10/10/1972, residente em Rua do Brasil, 100, Campina Grande, PB, CEP: 58432-809. Contato: 987469507.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: ☒ Etorreagentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Soares da Silva
Cirurgia Geral
CRM 1280

Rx



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		RONALDO S. GADALHA										PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:					
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>											

DADOS CLÍNICOS:

Acidente no carro / Do no garagem

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx no Ombro EIO
- Rx no Tornozelo

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. RONALDO Gadelha
Cirurgia Geral
CRM 4239

Carimbo e Assinatura do Médico

Rx

04/02/18



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:												PRONTUÁRIO:	
												463	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:					
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>											

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<p>Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 80.100</p> <p>Carimbo e Assinatura do Médico</p>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
RE
02/02/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rp ombro (E) / Perfil de escápula
Aulac

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

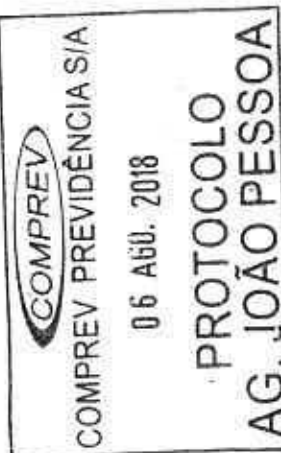
DATA:

07/02/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Dra. Rossana Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4995 TEOT 8479



SMU

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Ronaldo Soares da Silva</u>	
End: <u>Felix Caroline Barbosa 253</u>	Bairro: <u>Alto bravo</u>
Data de Nascimento: <u>07.10.1972</u> Documento de Identificação:	
Queixa: <u>AC de</u>	Data do Atend.: <u>07.02.18</u> Hora: <u>12:20</u> Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não	

Mo B

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

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

cumprar

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

Assinatura e carimbo do profissional



Rubia Vilar
Enfermeira
COREN 51678

Atendimento #

Boas Vítimas de Acidentes
e morte provocada pela
com o carro (F).

Plata de G.D. Imagem (F)
(sem dor)

Dr. Wagner Falcão
Até 11h
Foi feito o exame
Ata de exame

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Jóbato

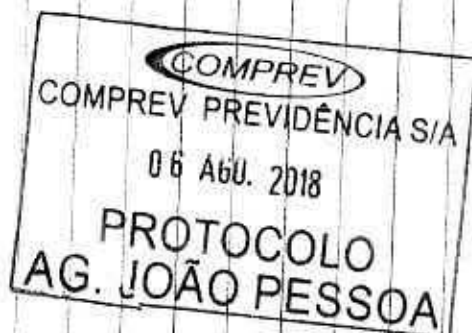
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA
DATA DO EXAME: 07.02.2018

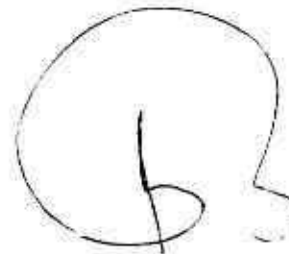
RADIOGRAFIA DE OMBRO

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

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

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

106



Dr. Raiff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

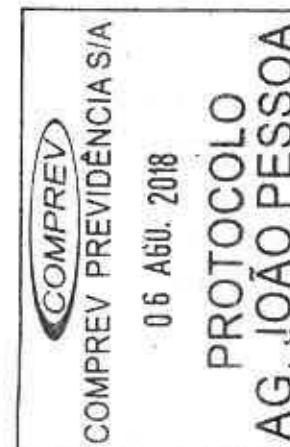
Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A Cos
CRM/PB: 8620





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Ronalds Souza da Silva

foi atendido(às) hoje, às ()

horas, necessitando de 45 (Quarenta e cinco)

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42

Campina Grande,

27/02/18

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Assinatura do Médico - CRM Nº

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

MOD. 004

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Ronaldo Soares da
Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 07/02/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: fx grande - tuberculose (R)

PROCEDIMENTO: Compensação

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

MOD. 120

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

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

11 Ronaldo Gonçalves

Vto Oral

Lexomin - 1ca

Tomar 1x

de 8/3h

MOD. 001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

27.02.18

Data

Médico





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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

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

Campina Grande, 27 de abril de 2018.




Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192 CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

ASO Nº 253819

CNPJ: 08.509.138/0001-22

EMPRESA: L DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

EXAME: RETORNO AO TRABALHO

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

☒ Apto

☐ Apto (com restrições)

☐ Apto (trabalho em altura)

☐ Inapto

para exercer a função de **MOTOBOY**

RISCOS OCUPACIONAIS

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames	Data	Exames	Data
<input type="checkbox"/> Audiometria / Otoscopia	___/___/___	<input type="checkbox"/> Holter	___/___/___
<input type="checkbox"/> Avaliação Oftalmológica	___/___/___	<input type="checkbox"/> Mapa	___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma	01-05-2018	<input checked="" type="checkbox"/> Acuidade Visual	01-05-2018
<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma	___/___/___	<input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica	___/___/___
<input type="checkbox"/> Espirometria	___/___/___	<input type="checkbox"/> Avaliação Cardiológica	___/___/___

Outros exames:

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

OBSERVAÇÕES

For. Ampla e satisfatória. Retorno ao trabalho.
Dr. Ademir Costa Wanderley

Campina Grande, 01-05-2018

Dr. Ademir Costa Wanderley
Médico do Trabalho
Registro na SSMT 10.347
CRM SUS - CPF 113.825.194-22

Médico(a) Examinador(a)

Médico Coordenador

Ronaldo Soares da Silva

Assinatura do Trabalhador

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 Abr. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Visto do MTB em ___/___/___

Agente de Inspeção

João Pessoa

Campina Grande



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Fl. Ronaldo Gonçalves

Urologia

Loxomina — 100

100mg, 12x

de 8/8h.

MOD. 001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

27.02.13

Data

Médico

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA: 0106959491-9 00/00000000 2017
1 0106959491-9 00/00000000 2017

L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME

CPF/CNPJ: 08509138000122 PLACA: QEQ4479/PB
PLACA ANT. LP: CHASSI: 9C2KD0810GR409946

NOVO BB 9C2KD0810GR409946

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARKA/MODELO: HONDA/MXR160 BROS ESDD 2015 2016

CAP/POT/CL: 2 P/162 /OT CATEGORIA: PARTIO DOB. PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 1ª
FINDA LÍMIA: PARCELAMENTO / COTAS: 2ª
***** 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 1ª
PRÊMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000 2ª
DATA DE PAGAMENTO: 31/10/2017

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 1ª
PRÊMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000 2ª
DATA DE PAGAMENTO: 31/10/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

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

32875 32875 32875

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

PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 07/11/2

VIA: 08509138000122 QEQ4479/PB
RENUVIM: MARCA/MODELO: HONDA/MXR160 BROS ESDD

ANO FAB: 2015 CAT. TRF: 9 9C2KD0810GR409946

PRÊMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$): ***** DEDETAN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** IOP (R\$): ***** TOTAL EM R\$ DO SEGURO (R\$): *****

PAGAMENTO: COTA ÚNICA 3 PARCELADO 31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.245.008/0001-04

Onde tem
cópia e nome
dos sócios

pendência
cópia legítima do contrato
- 1 da empresa

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17/03/2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

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

Pelo presente instrumento, os signatários:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Campina Grande – PB, 02 de Julho 2018

Cartório do
1º Ofício


LINDALVA DIAS DOS SANTOS

Cartório do
1º Ofício


RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA

Cartório do
1º Ofício


JOÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA

AGÊNCIA SIA

01 OUT. 2018

PROTOCOLO
Pessoa



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

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



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

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

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de 078.449.304-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS. Dou fé. Campina Grande(PB) -
02/07/2018 - 15:39. Selo Digital: AGT34171-LTOO.

Em testemunho Ademilde Simões Alves da verdade.

Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.tpb.jus.br>

Emol.: R\$ 0,50 FEPL.: R\$ 1,00 FARPEN: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

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

RECONHECIMENTO DE FIRMA

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

Em testemunho Ademilde Simões Alves da verdade.

Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.tpb.jus.br>

Emol.: R\$ 0,50 FEPL.: R\$ 1,00 FARPEN: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

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

RECONHECIMENTO DE FIRMA

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

Em testemunho Ademilde Simões Alves da verdade.

Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.tpb.jus.br>

Emol.: R\$ 0,50 FEPL.: R\$ 1,00 FARPEN: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



COMPROV. PREVIDÊNCIA SIM

01 OUT. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA



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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSTITUCIONADO EM 15 de Novembro de 1889
ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS POCEA

DOC. IDENTIFIC. / DOCUMENT ID: 3243174 SSP PR

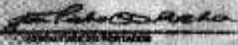
CPF: 078.073.914-05 Data de Nascimento: 26/06/1969

RESIDÊNCIA: JOSE DE ARAUJO POCEA LINDALVA DIAS DOS SANTOS

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☒ TRABALHADOR ☐ COMERCIAL ☐ OUTRO

CPF: 04064225488 Nascimento: 24/04/2023 1ª Emissão: 08/06/2009

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1633753193

PROFISSÃO: 

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB Data de Emissão: 24/04/2018

93835005614 28036735990

PARAÍBA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

01 OUT. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA RENAVAM 20170100106607-1
1 0106959491-9 00/00000000 2017

L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME

CPF / CNPJ 08509138000122
PLACA ANT / UF OFQ4479/PB

NOVO PB 9C2KD0810GR409946

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2016

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

2 P/162 /CI PARTIO BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS

IPV A 00/00/0000
FADCA LPVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 31/10/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL DATA
CAMPINA GRANDE-PB 07/11/2017

32875 33553

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEIC
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DI

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISS
2017 07/11
PLACA

VIA CPF / CNPJ 08509138000122 OFQ4479

RENAVAM MARCA / MODELO

01069594919 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI

2015 9 9C2KD0810GR409946

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

33553-1614096-20171107

01 OUT. 2013

PROTOCOLO

10.10.10 PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195083/18

Número do Sinistro: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF: 872.463.684-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: RONALDO SOARES DA SILVA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

RONALDO SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195083/18

Número do Sinistro: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF: 872.463.684-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: RONALDO SOARES DA SILVA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

DUT

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

RONALDO SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA