

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



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

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

842.463.684 - 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 842.463.684-34	Profissão RECUD
Endereço R: JOSÉ ALVES VOBINHO	Número 133	Complemento
Bairro JARDIM TAVARES	Cidade CAMPINAS GRANDE	Estado PARAÍBA
Email boltonesog@hotmail.com	CEP 58.103-005	Telefone (DDD) (83) 99829-8855

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0737	D/V 	CONTA NRO. 00038031	D/V 3
--------------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

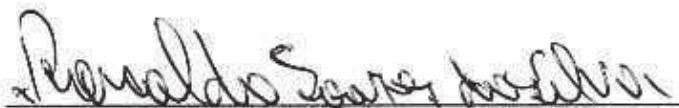
BANCO Name 	NRO.
AGÊNCIA NRO. 	CONTA NRO.
D/V 	

COMPREV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura setorizada 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.

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

CAMPINAS GRANDE 18 de MAIO de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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. Afirmou 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

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 <i>Ronaldo Soares da Silva</i>	CPF da Vítima <i>872.463.684-34</i>	Data do Acidente <i>07/10/2018</i>
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Ronaldo Soares da Silva</i>	CPF do Representante legal <i>872.463.684-34</i>
Email: <i>Boilhonescolhetingil.com</i>	Telefone (DDD) <i>(13) 90829-8855</i>

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.

Ronaldo Soares da Silva
18 de MAIO de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 Emergência e Trauma		

Campina Grande, 27 de abril de 2018.

SUPERVISOR

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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

SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Amédio 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:

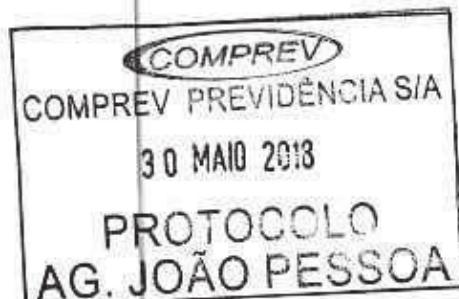
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JOSE ALVES SOBRINHO</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JARDIM TALVARES</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>58.103-605</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 991829-8855</u>
E-mail	<u>Ronaldo_soares@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:

Ronaldo Soares da Silva





CAGEPA
SISTEMA DE ÁGUA E ESGOTO DA PESSOA

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

MATRÍCULA

11289139

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAI/2018

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Publico	
018.026.040.0050.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y13N726541	02/12/2013	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (L/M)	MUD. DE DIA	PROXIMA LEITURA
1074	1091	17	30	02/06/2018
HIST. DE CONS. /ANOS: LEIT.	QUAL ID. DA ÁGUA - DECRETO 2.914/2011-MS.			
ABR/2018	22	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS.
MAR/2018	18	0	TURBIDEZ	0
FEV/2018	22	0	CLORO	0
JAN/2018	24	0	COLIFORMES	0
DEZ/2017	23	0	CDR	0
NOV/2017	17	0	CDR TOTAIS	0
MEDIA(%)	21		DADOS REFERENTES A: MAR/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 03/05/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 06:15:38	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL E UNIDADES(50)			
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91	
11 M3 A 20 M3 R\$ 4,89 POR M3	11 M3	54,23	
ESGOTO			
ACRESCIMOS(5) MESSES(5) ANT. 14/01/2017-12/2017		3,40	
JUROS DE MORA 11/2017-12/2017		5,54	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,67 PIS E CONFINS/REF 12.741/12

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



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/03/2018, REGISTRAMOS QUE V. SAI. ESTAVA EM DÉBITO 0. COMAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCTIMENTO	TOTAL A PAGAR
11289139	MAI/2018	16/05/2018	R\$ 81,17

82660000000 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 – 2^a 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.

Carônico do
1º Ofício

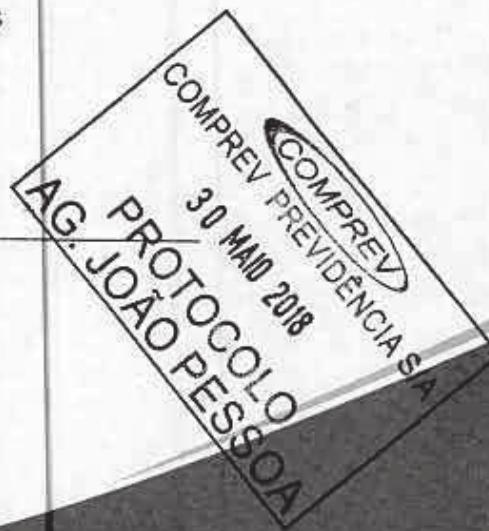
Lindalva Dias dos Santos

Assinatura do Condutor

CENTRAL DE ATENDIMENTO

(83) 2102.3232

www.planodigna.com.br





1º SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-060
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconhago por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.354-87 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, Sou-fé, Campina Grande(PB) -
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho *Márcia* _____ da verdade.

Seu Digital: AGM25011-BQVT - Consulte a autenticidade em <https://seudigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPU.: R\$ 1,90 FARPEM: R\$ 0,28 ISENÇÃO: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15
690a229ed8336f47a04d369b4b231b125acc0ca8



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LIDIAS DOS SANTOS E CIA LTDA - ME,
RG nº _____, data de expedição _____ / _____ / _____, Órgão
_____, portador do CPF nº 08.509.138/0401-22, com domicílio na
cidade de Chapada Grande, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. PRESIDENTE JOSÉ FIDELIS, nº 203,
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
RODRIGO SOARES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda / NXR 160 Bros E SDD

Ano: 2015 / 2016

Placa: QFG 4479 / PB

Chassi: 9C2KDD810GR409946

Data do Acidente: 07/02/2018

Local e Data: Campina Grande - PB 12.09.13



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 SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA

Rua Vital de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-260
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150



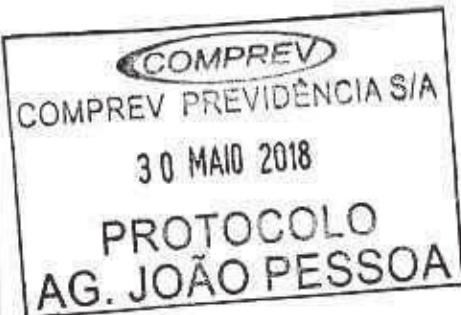
RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.304-27, Vidal de Negreiros, 70.
LINDALVA DIAS DOS SANTOS. Dou fé. Campina Grande(PB) -
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho

da verdade.

Selo Digital: ADM25019-3300C - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 0,50 FEPJL; R\$ 1,90 FARFEN; R\$ 0,28 IBSSON; R\$ 0,47 Total: R\$ 12,18
91797ee23866e1cb1b9fb619d8c4d3e4cf174a5



Declaraco do Proprietário do Veiculo

Eu, Wendel Soares dos Santos,
RG nº 733.352, 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 Penteado de Melo, nº 290,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Wendel Soares dos Santos, cujo o condutor era
Wendel Soares dos Santos.

Vehículo: PAS | MOTOCICLISTA

Modelo: Honda NX6-160 Bros ESD

Ano: 2015 / 2016

Placa: S7Q - AL79 - PB

Chassi: 9C2K20810GR409946

Data do Acidente: _____ / _____ / _____

Local e Data: Campus Gravataí 14 de setembro de 2018

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por AUTENTICIDADE)

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

II SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
HYANDRO CUNHA LIMA

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.448.354-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, Doc. f6, Campina Grande(PB) -
14/11/2018 - 10:23. Selo Digital: AHM7679274498

Em testemunho João Pedro Soárez A.º da verdade

Consulte a orientabilidade em <https://edigital.ufjf.br>
Email: ... R\$ 0,00 FEP/UFJF: R\$ 0,00 FARPEM: R\$ 0,28 MEC/ON: R\$ 0,47 Total: R\$ 1,13

EMER. R\$ 0,09 FEPJ. R\$ 0,09 FAPESP: R\$ 0,28 MCTIC: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,55



07/02/2018



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

SILVA

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: MOTOBOMBOY

Estado Civil:

Data de Atend: 07/02/2018

CNS: 708104831315310

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 12:29:28

CONVENIENTE

COMPREV

ESPECIALIZADA

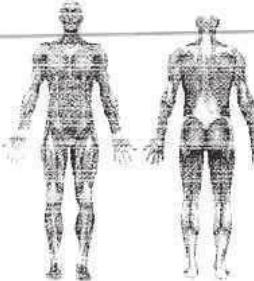
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abração
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equirrose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Córitho
15. F. Corrente
16. F. Corto-contusão
17. F. Perfuro-contusão
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea
20. Fratura periódica
21. Hematoma
22. Ingestão venosa
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico parado-al
28. Objeto Encrevado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Riorragia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

BS:

UEIMADURA:

área corporal lesada =

% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

IGNÓSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Documentos após acidente da moto, corte no braço
na mão, no pulso - dor no braço, dor no pulso
e dor no braço, dor no pulso, dor no braço, dor no pulso

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocôricas ()

Glasgow 11 PA HGT: Sat02

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	Realizar exame de sangue geral	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Manoel Gadelha
OPAI

JUN. SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Atendimento de trauma de cíclista
de moto e passageiros abertos
em ambulância

Tratado e encaminhado
para cirurgia

Atendido
atendimento
atendimento

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

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

Centro cirúrgico _____

Internação (setor) _____ Alta hospitalar / A revelia

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Decisão Médica

Óbito _____

Atendido
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOOME:	Ronaldo Soares								PRONTUÁRIO:	163
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:

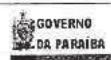
RAIO X
04/02/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Rx ombrão (E) / Perfil de escápula
Aular

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Dr. Rússana Leal Brant CRM 4995 TEOT 8479	
DATA: 04/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico	
103.002			





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

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA

DATA DO EXAME: 07.02.2018

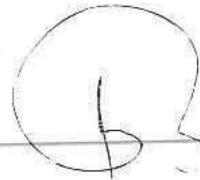
RADIOGRAFIA DE OMBRO

- 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

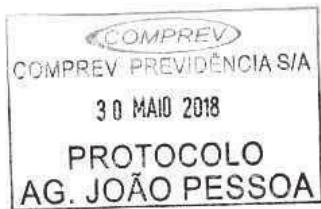
Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A Co
CRM/PB: 8620





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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: <i>João Lopes da Cunha</i>										PRONTUÁRIO: <i>463</i>	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A									
DADOS CLÍNICOS:											
<i>Febre 38°C</i>											
MATERIAL A EXAMINAR:											
<i>Exames de sangue</i>											
EXAMES SOLICITADOS:											
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	Dr. <i>Wagner Ferreira</i> CRM-PB <i>000000000000</i>							
DATA:				HORA DA SOLICITAÇÃO:							
MOD. 002											
Carimbo e Assinatura do Médico											

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



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

Acidente de trânsito / Doença Geral

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx de Olhos, Rx de

- Rx de Faringe, Rx de

URGÊNCIA: ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

*Ronaldo Gaudêlio
HOSPITAL GERAL
04/02/18*

Rx

04/02/18

MOD. 002





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

SAUW

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Ronaldo Soares da Silva</i>			
End: <i>Felix Coriolis Bento 223</i>	Bairro: <i>Alto Bravos</i>		
Data de Nascimento: <i>07/10/1972</i>	Documento de Identificação:		
Queixa: <i>AC</i>	Data do Atend.: <i>07/02/18</i>	Hora: <i>12:30</i>	Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

AC

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

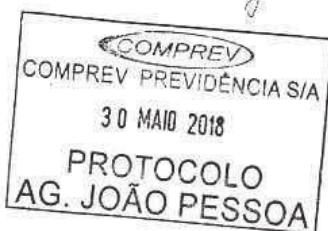
Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: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 CEP:58400002 Nascimento:07/10/1972

Sexo:M Telefone: 987469507

Endereço: R FELIX CAROLINO BARBOSA Cidade: Campina Grande Idade:045 Bairro:ALTO BRANCO

Nome da Mãe: TEREZINHA SOARES DA SILVA RG: 1612417 N°:263

CPF: 87246368434 Profissão:MOTOBOM

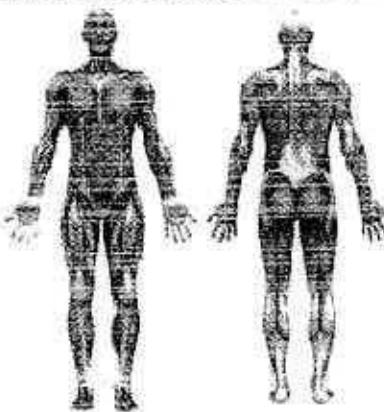
Responsável: Estado Civil: Data de Atend:07/02/2018 CNS:708104831315310

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 12:29:28 CONVÊNIO:SUS

Médico: CRM:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID: Acidente de moto / Trauma contusão

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente: Ronaldo Soares da Silva, sexo: M, data: 07/02/2018
nº Boletim: 1594136 - Triage: 4, convênio: COMPREV
Endereço: R. Félix Carvalho, 4700 - Bairro: Alto Branco, Cidade: Campina Grande, Estado: PB, CNPJ: 08.778.268/0038-52

ALERGIA: () 2º grau

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ronaldo Soares da Silva / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CÁRIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Soares da Silva
CIRURGIA GERAL
CID: 1594136

(R.S.)



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Ronaldinho Sane				137	Sim	PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A					

DADOS CLÍNICOS:

Aciniso no mem / Do no farto

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx no Olho esq
- Rx no Tórax

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Ronaldo Gadelha
DIA: 04/02/18
CARIMBO: 4739
Rx
Carimbo é Assinatura do Médico
04/02/18

MOD. 002

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



REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

REF. 18
07/02

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO
CRM-PB 8000

Carimbo e Assinatura do Médico

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

MOD. 002





REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Ronaldo Soares								PRONTUÁRIO:	4630	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A						

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
RE
07/02/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rp ombro (E) / Perfil de escápula
/ Axilar

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dr. Rossana Cavalcante Ortopedia e Traumatologia CRM 4995 TEOT 8479	
DATA: 07/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico	

100.002

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06/02/2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

SMW

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ronaldo Soares da Silva		
End:	Felix Coriolis Borges 263 Bairro: Alto buraú		
Data de Nascimento:	07/10/1972	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC	Data do Atend.:	07/02/18 Hora: 12:20 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Ms

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:						
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

Entregue à paciente Vilar
Assinatura e carimbo do profissional

Entregue à paciente Vilar

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06/ABR/2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

21 post card left

6. ~~most~~ ~~more~~ ~~decidedly~~
~~less~~ ~~more~~ ~~decidedly~~
~~less~~ ~~more~~ (i).

Mr. & Mrs. George
Gibson

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 ABR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. M. S. S. E. T. P. M. - B. 8643
C. M. - P. B. 8643
Dr. M. S. S. E. T. P. M. - B. 8643
C. M. - P. B. 8643

SERVICIOS REALIZADOS

ZAKLADY DO PATENIE

(L'entro cirurgico)

Internacão (set)

<http://10.1.1.148/projetohcgv/impreunqencia.php?comida=1594135>

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA

DATA DO EXAME: 07.02.2018

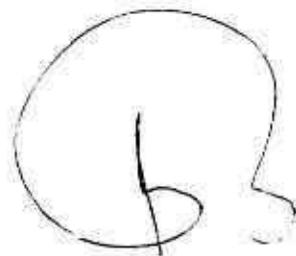
RADIOGRAFIA DE OMBRO

- 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. Míriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A Cos
CRM/PB: 8620



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido(as) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 95 (Quarenta e cinco)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

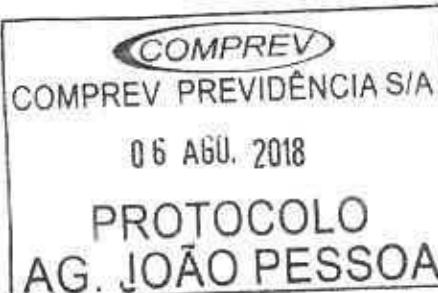
Campina Grande,

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





CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Ronaldo Ferreira da
Silva

DATA DO ATENDIMENTO:

07/02/18

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

Fractura grande: fíbula e tibia (E)

PROCEDIMENTO:

Compressão.

MÉDICO (CARIMBO):

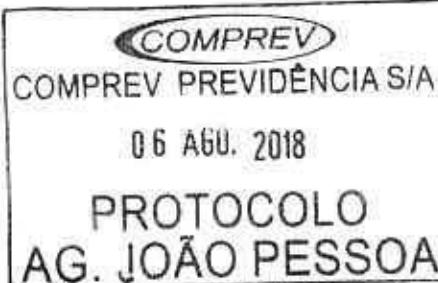
Dr. Wagner Falcão

ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA

CRM-PB 8643

MOD. 120

07.03.2018 as 09:00
28.03.18 manhã 08:00
25.04.18 m 08:00





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

Receituário Simples

11/02/2018

UFO 041

Lecionário — 02

Tony AP

16/02/18

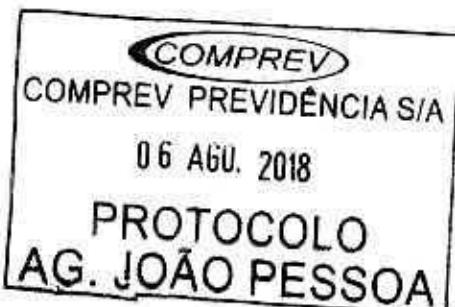
MUDOU:

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

27/02/18

Data

Médico





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	

Campina Grande, 27 de abril de 2018.



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 MOTOBOM

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	01-08-18	<input type="checkbox"/> Acuidade Visual	09-08-18
<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

Dr. Ademir Costa Wanderley
Médico do Trabalho
Registro na SSMT 10.247
CRM PB 10.325-394-52

Médico(a) Examinador(a)

Médico Coordenador

Assinatura do Trabalhador
COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGU. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Visto do MTB em ____/____/____

Agente de inspeção



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

Receituário Simples

11 Pernambucanos

Vitória

2020/01/01

100g

de 813h

Nº 0001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

27/02/13

Data

Médico

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RONALDO SOARES DA SILVA

DOC. EXTERNO: 002.0000018
1612417 SSE PB

CPF: 872.463.684-14 DATA NASCIMENTO: 07/10/1972

PROFISSÃO: FRANCISCO SOARES DA SILVA
TEREZINHA SOARES DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CALHAS JAB

DE RENOME: 04068174503 VENCIMENTO: 14/10/2021 HABILITAÇÃO: 26/03/2007

COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO DE CONDUÇÃO

Local: CAMPINA GRANDE, PB Data: 19/10/2016

Assinatura: *Amado* Número: 74299074953
PB033402582

CDR - DETRAN - PB (PRAIA DA BAIJA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1350602871



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENHARTON

DETTRAN - PB		Nº 013748443047	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
DATA	01/01/2017	20170100106667700000	2017
PLACA	0106959491	00/00000000	2017
L DIAZ DOS SANTOS E CIA LTDA ME			
CPF / CNPJ	PLACA		
00509138000122	0604479 / PB		
PLACA ANTO / UF	CHASSI		
NOVO	PB	9C2KDD0810GR409946	COMBUSTÍVEL
ESPECIE TIPO		ALCO/GASOL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		MARCA / MODELO	
HONDA/NXR160 BROS ESDD		2015	2016
CAP / POT / GEL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/162 / CT	PARTIC	BRANCA	
COTA UNICA	VENO. COTA UNICA	VENO / COTAS	
00/00/0000		1 ^o	
FIM DA LINHA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^o	
*****	0	3 ^o	
VALOR PARIÁRIO (R\$) : 107.000		PRÉMIO TOTAL (R\$) : 111.000	
DATA DE PAGAMENTO : 11/10/2017			
***** : SEGURO P. A. G. O			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE - PB		07/11/2017	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

BB N° 013748443047 BILHETE DE SEGURO DPVA

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

VIA		CPF / CNPJ		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		08509138000122		2017	07/11/2017
RENUMAR				PLACA	
				QE04479/	
ANO FAB.		MARCA / MODELO		MÁSCARA / CHASSI	
2015		HONDA / NXR160. BROS. ESDD		9G2KD0810GR409946	
PRÊMIO TARIFÁRIO					
FHS (R\$)		DEBITRAN (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****		*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		KIF (R\$)		TOTAL DE PAGO (R\$) SEGURO	

PAGAMENTO		SEGURO		P A G O	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DEQUITAÇÃO	
3				31/10/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

2018-1-29 2400-0000/2018-02-0

onde ter
cada a vossa
do S.º

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,

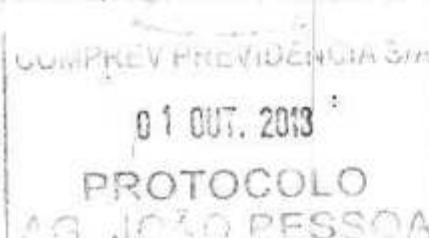
RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA, brasileiro, natural de CAMPINA GRANDE/PB, Casado(a)em Regime de comunhão de bens, nascido em 01/06/1981; EMPRESÁRIO, portador do CPF sob o nº 012.930.644-40, RG nº 1613002 2A VIA expedido pela SSDS/PB, residente e domiciliada à AV RIO BRANCO, nº 30, Bairro CENTRO, CAMPINA 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 N° 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


LINDALVA DIAS DOS SANTOS


RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA


JOÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA

100%
FIDUCIA S/A
01 OUT. 2018
PROTOCOLO
PESSOA



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB N° 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

**1º SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL**

IVANORO 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 da 078.448.304-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, Dou fô. Campina Grande(PB) -
02/07/2018 - 15:39. Selo Digital: AGT34171-LTOO.

Em testemunho Adelilde S. A. da verdade.

Consulta a autenticidade em <https://selodigital.jpb.jus.br>

Email.: R\$ 0,50 FEPAL.: R\$ 1,00 FARPEM: R\$ 0,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15

1º SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANORO 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 da 078.073.914-05 - JOÃO
PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA, Dou fô. Campina Grande(PB)
- 02/07/2018 - 15:40. Selo Digital: AGT34172-1W67.

Em testemunho Janete S. A. da verdade.

Consulta a autenticidade em <https://selodigital.jpb.jus.br>

Email.: R\$ 0,50 FEPAL.: R\$ 1,00 FARPEM: R\$ 0,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15

1º SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANORO CUNHA LIMA

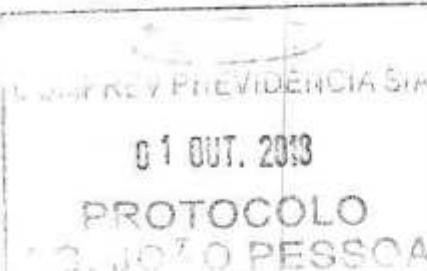
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150**RECDNHECIMENTO DE FIRMA**

Reconheço por SEMELHANÇA a firma da 012.930.644-40 -
RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA, Dou fô. Campina Grande(PB) -
02/07/2018 - 15:40. Selo Digital: AGT34173-1JBX

Em testamunho Janete S. A. da verdade.

Consulta a autenticidade em <https://selodigital.jpb.jus.br>

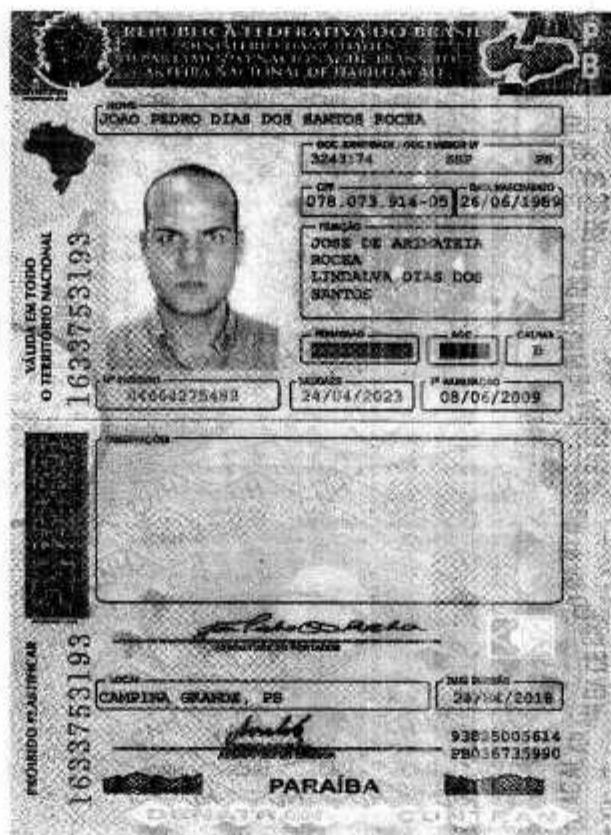
Email.: R\$ 0,50 FEPAL.: R\$ 1,00 FARPEM: R\$ 0,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB N° 25900258030.
PROTÓCOLO: 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



01 OUT. 2013
PROTÓCOLO
19. JOSÉ PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		REGISTRO GERAL 233.352 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2008
 		NOME LINDALVA DIAS DOS SANTOS FILIADO(a) JOÃO AGRIPINO DOS SANTOS MARIA DIAS DOS SANTOS
NATURALIDADE POCINHOS - PB DOC. ORIGINAL NASC. N. 3229 FLS. 105 LIV. A/12 CARTÓRIO POCINHOS - PB GRC 078.449.304-97 JAB PESSOA - PB		DATA DE NASCIMENTO 25/01/1953 ASSINATURA DE IDENTIFICAÇÃO LINDALVA DIAS DOS SANTOS
CARTEIRA DE IDENTIDADE N. 3229 078.449.304-97 11/01/2008 LINDALVA DIAS DOS SANTOS POCINHOS - PB		



certitudo, conforme estatui no art. 2º da Dec. Lei nº 1.149 de 25 de Abril de 1.943, que a presente CRÍCIAS INSTITUCIONAL ESTÁTICA é original que me foi apresentada e constei. FONDRARIA E. J. V. comprara Lei nº 1.149/2003 e fez nº 0.05. FONDRARIA E. J. V. e 0.05.

卷 1, 25
940326-24/1

27/2015 09:26:41
08. verjaagde

CORREIO

1º SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Vidal da Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-260
(83) 3221-2178 / (83) 3221-1202 / (83) 3221-1150

AUTENTICAÇÃO

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia fotostática por ser uma reprodução
fiel do documento original que me foi apresentado. Dou fé.
Campina Grande(PB) - 11/06/2018 - 09:53.

Em testemunho: Adriano Pachá Sf da verdade

A circular stamp with the text "NOTARIA DE SIMÕES ALVES" at the top, "ESCRIVENTE" in the center, "CARTÓRIO" below it, "3º andar" and "N.º 10" at the bottom, and "CENTRO" on the right side. The year "1998" is at the bottom right.



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 EVIDENCIAM 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 EVIDENCIAM 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RONALDO SOARES DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA