



Número: **0801185-82.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **25/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RONALDO SOARES DA SILVA (AUTOR)	EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38319 630	12/01/2021 11:27	<u>Petição</u>	Petição
38319 632	12/01/2021 11:27	<u>2578653_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
38319 633	12/01/2021 11:27	<u>2578653_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271594200000036545853>
Número do documento: 21011211271594200000036545853

Num. 38319630 - Pág. 1

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

Pag. 00389/00390 - carta_03 - INVALIDEZ

00070195


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

Pag. 00409/00410 - carta_04 - INVALIDEZ



00040205

Carta nº 13783258



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>
Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 3



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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	Nome completo da vítima
	872.463.684 - 34	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 RECLUIDO
Endereço R. JOSE ALVES SOBRINHO	Número 133	Complemento
Bairro JARDIM TANATE	Cidade CANELA GRANDE	Estado PARAÍBA
Email boltonescog@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 99189-8855

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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 Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
0731		00030031	3

(Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO	Nº
<input type="checkbox"/> COMPREV	
AGÊNCIA Nº	D/V
30 MAIO 2018	
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura segurada para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Local e Data:
CANELA GRANDE, 13 de MAIO de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional da Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



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

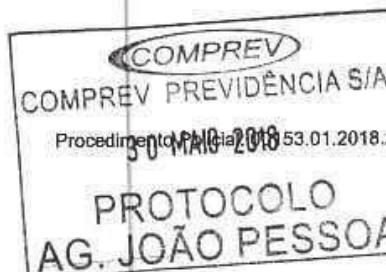
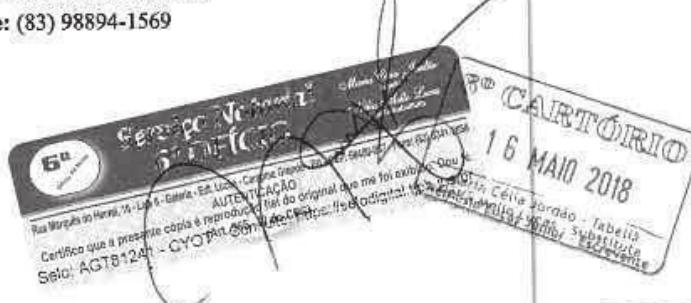
Hora: 11:36:00

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		
TESTEMUNHA	Complemento: Não informado		
	Telefone: (83) 98642-6701		
	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
VITIMA	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		
TESTEMUNHA	Telefone: (83) 98894-1569		



1/2





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 Caroline 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

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00153.01.2018.2.00.420

2/2





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Boilhonerogodofreto@gmail.com	Telefone (DDD) (83) 96329-8855

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.

CAMPINA GRANDE/PB 18 de MAIO de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001.V001/2017





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

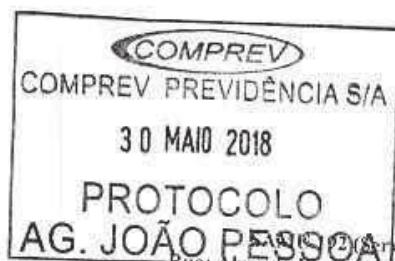
Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

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 Emergência e Trauma		

Campina Grande, 27 de abril de 2018.


Fábio de Oliveira
SUPERVISOR

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ronaldo Soares da Silveira,

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

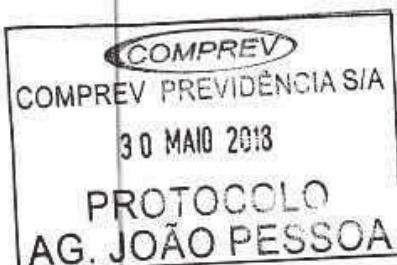
CPF nº 842.463.684-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.103-005</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99229-8855</u>
E-mail	<u>balbinetorres@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Ronaldo Soares da Silveira





CAGEPA
COMUNIDADE DA ÁGUA E ESGOTO DA PERNAMBUCO

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 59.123.654/0001-07

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 (m³) | NUM DE DIA | PROXIMA LEITURA

1074 | 1091 | 17 | 30 | 02/06/2018

HIST. DE CONS. ANO R. LEIT. | QUAIS ID. DA ÁGUA - DECRETO 2.914/2011-MS.

ABR/2018 22 0 | PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

MAR/2018 18 0 | TURBIDEZ 0 0 0

FEV/2018 22 0 | CLORO 0 0 0

JAN/2018 24 0 | COLIFORMES 0 0 0

DEZ/2017 23 0 | COD. 0 0 0

NOV/2017 17 0 | CDI TOTAIS 0 0 0

MÉDIA(%) 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 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m ³	37,91
	11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	11 m ³	34,23	

ESGOTO

ACRESCIMO(S) MESES ANTO. 11/2017-12/2017 3,40

JUROS DE MORA 11/2017 12/2017 5,54

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 6,67 PIS E CONFINS/IFI 12.741/12

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



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICÃO DE FATURAÇÃO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855

Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 11



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.

*Cartório do
1º Ofício*

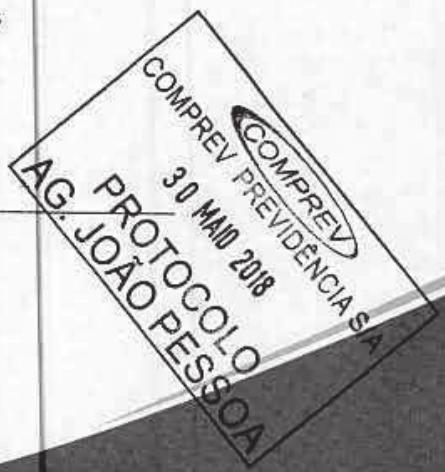
Lindalva Dias dos Santos

Assinatura do Condutor

CENTRAL DE ATENDIMENTO

(83) 2102.3232

www.planodigna.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>

Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 12



1º. SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-000
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconhecimento por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.304-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS - Sou-fé. Campina Grande(PB)
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho

da verdade.

Selo Digital: AGM26911-8QVT - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Email.: RS 9,50 FEPJL.: RS 1,90 FARPEM: RS 0,28 16bON.: RE 0,47 Total: RS 12,13
890a329ed836f47a04cd369b4b231b125pac0ca8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>
Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 13

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, UDALVA DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA - NIE,
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 Av. PRESIDENTE JEWEL na 293, (Rua/Avenida/Estrada)
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 TORRES DA SILVA, cujo o condutor era
Ronaldo Torres da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda / NXR 160 Bros E500
Ano: 2015 / 2016
Placa: QFG 44791 PB
Chassi: 9C2KDO810GR409946
Data do Acidente: 07/02/2018
Local e Data: Campina Grande - PB 2.09.13

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por AUTENTICIDADE)

Ronaldo Torres 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 58.400-000
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.304-97, Nidal 1/2 Negreiros, 70
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, Dou. fá. Campina Grande(PB)
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho

da verdade.

Selo Digital: AGM25012-J300C - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Email.: R\$ 0,50 FEPJL.; R\$ 1,90 FARPEM; R\$ 0,28 ISSQN.; R\$ 0,47 Total: R\$ 12,13
91797ee298661cb1b5f8a61bd8cd3e4cf174a6



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 Pires 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
Lindalva Dias dos Santos, cujo o condutor era
Lindalva Dias dos Santos.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: Honda NXR - 160 Bros ESD

Ano: 2015 / 2016

Placa: QFQ - 4679 - PB

Chassi: 9GZKDC0810GR409946

Data do Acidente: 11/11/2018

Local e Data: Campus 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)

II SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WANDRÉ CUNHA UMA
Rua Vitorino Negreiros, 30 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.010-200
Fone/Fax: (83) 3231-1278 / (83) 3231-1279 / (83) 3231-1280

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a firma de **078.449.304-97** -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, Dout. fale, Campina Grande(PB) -
14/11/2018 - 10:23. Selo Digital: **AHN76797-HDU6**.

Em testemunho Ademilson - Ac da verdade.

Consulta é feita através do link: <https://electrodigital.tjpb.jus.br/>
Email: : R\$ 0,99 FEPJL; R\$ 1,90 FARPM; R\$ 0,38 ISSQN; R\$ 0,47 Total;: R\$ 12,18



JUN. - 2000 DÍARIO / PARECER MÉDICO

~~44-18777 Red 12 #~~

Presidente de la Asociación de Alumnos
de la Escuela Superior de la Universidad
de Costa Rica y presidente del Comité
de la Asociación de Alumnos de la Escuela
Superior de la Universidad de Costa Rica.

It is a good idea to
(your answer)

At 1150 hrs
filter was replaced



DESTINO DO PACIENTE

Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____ () Alta hospitalar / () Revélia
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Antônio Soárez Gonçalves
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

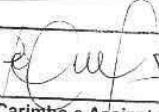


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pie.tibp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101121127163670000036545855>

Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38310632 Pág. 17

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES							
NOME:		Ronaldo Soares								PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	463		
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A					
DADOS CLÍNICOS:											
											
MATERIAL A EXAMINAR:											
EXAMES SOLICITADOS: Rx ombro (E) / Perfil de escápula Aular											
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		HORA DA SOLICITAÇÃO:		 Dra. Russana Carvalho Ortopedia e Traumatologia CRM 4995 TEOT 8479 Carimbo e Assinatura do Médico					
DATA: 07/02/18		ID. 002									


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 - PARAÍBA

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA

DATA DO EXAME: 07.02.2018

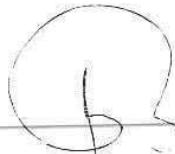
RADIOGRAFIA DE OMBRO

- 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

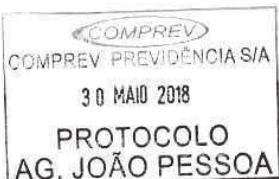
Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonié Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A. Cot
CRM/PB: 8620





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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Ismael</i>										PRONTUÁRIO: <i>463</i>
IDADE: <i>20</i>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO: <i>60</i>	ALTURA: <i>180</i>	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:		
DADOS CLÍNICOS:										
<i>Exa de urina e PAP Vaginal</i>										
MATERIAL A EXAMINAR:										
EXAMES SOLICITADOS:										
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico								
DATA: <i>30/05/2018</i>		HORA DA SOLICITAÇÃO: <i>10:42</i>								
MOD. 002										



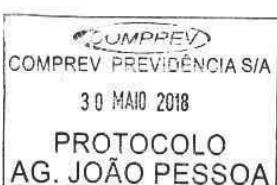


GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		REQUISITANTE: Suelio Torres						PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	
DADOS CLÍNICOS: <i>Acidente com moto / Dor no abdômen</i>									
MATERIAL A EXAMINAR:									
EXAMES SOLICITADOS: <i>- Rx da Glácia - Rx da Tum - Rx da Glácia</i>									
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	Assinatura do Médico					
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:		Carimbo e Assinatura do Médico					

MOD. 002



Assinatura do Médico
Carimbo e Assinatura do Médico
04/02/18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>
Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 21



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

SAMW

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Konrado Soares da Silva</i>
End: <i>Felix de oliveira Bento 253</i> Bairro: <i>Alto bicos</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>12:20</i> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

MS

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	

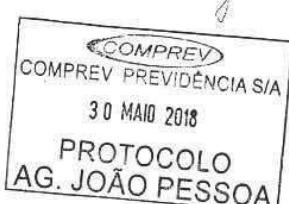
Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

LORENZO
Assinatura e carimbo do profissional



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>

Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 22

27/02/2018

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1594136

ASS. DE RECONHECIMENTO

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

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA CEP: 58400062 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 N.º: 263

Responsável:

CPF: 87246368434 Profissão: MOTOBOY

Estado Civil:

Data de Atend.: 07/02/2018 CNS: 708104831315310

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Atend.: 07/02/2018 Hora: 12:29:28

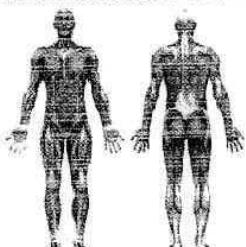
Médico:

Especialidade: 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. Cortiço
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfurado-contuso
18. F. Perfurado-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgramento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Quemadura
33. Quemadura
34. Rinorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Pronto atendimento

na sala de emergência

comprovante de convênio

comprovante de previdência

06 AGO. 2018

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

EXAME FÍSICO		
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Motorreagentes <input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas ()		
Glasgow 15 , PA _____ HGT: _____ Sat02		
EXAMES SOLICITADOS:		
<input type="checkbox"/> Laboratoriais <input type="checkbox"/> Ultrassonografia;		
<input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Radiografias;		
<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada ()		
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:		
Especialista: DR. AGUIAR / às _____ Dia _____		
Especialista: _____ / às _____ Dia _____		
MÉDICO SOLICITANTE		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:		
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2	<i>Definitivo</i>	
3		
4		
5		
6		

Além de exames genitais

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Gadelha

CIRURGIA GERAL

(Rx)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855

Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 23



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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	R O N A L D O S C A N T O				PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A			ENF.: LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Arteria pulmão / Dr. no queiro

MATERIAL A EXAMINAR:

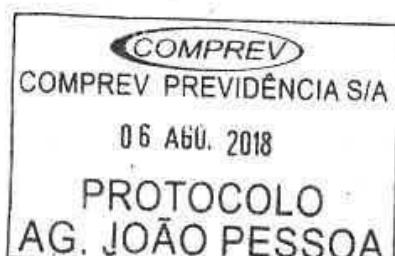
EXAMES SOLICITADOS:

- Rx no Coração ECG

- Rx no Fígado

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTIÑA: <input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:
<i>Ronaldo Gadelha</i> <i>URGÊNCIA</i> <i>06/08/2018</i>	
<i>Carimbo e Assinatura do Médico</i> <i>040219</i>	

MOD. 902



REQUISIÇÃO DE EXAMES

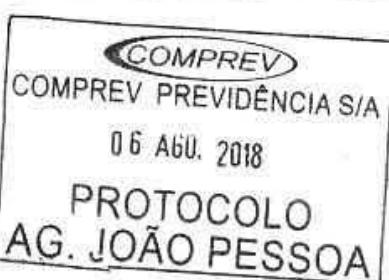
Nome:					PRONTUÁRIO:	463	
Idade:	Sexo	Cor:	Peso:	Altura:	Clínica:	Enf.:	Leito:
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A		

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Urgência:	<input type="checkbox"/>	Rotina:	<input type="checkbox"/>
Data:	Hora da solicitação:		
Carimbo e Assinatura do Médico			





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.:
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A					<input type="checkbox"/> LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

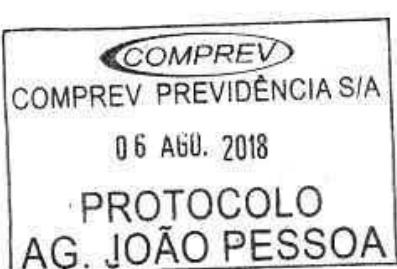
RADON
RIO

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rp ombro (E) / Pupil de escafideira
Aula

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 04/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO: 10:00
<p><i>Ronaldo Soares</i> Dr. Rosana Andrade Cirurgia e Traumatologia CRM 4996 TEOF 8479</p>	





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

SAMU

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Ronaldo Soares da Silva</i>	End: <i>Felix da Cunha Borges 253</i>	Bairro: <i>Altos bairros</i>
Data de Nascimento: <i>07/10/1972</i>	Documento de Identificação:	
Queixa: <i>AC de</i>	Data do Atend.: <i>07/02/18</i>	Hora: <i>12:20</i>
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

MSB

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

lcrense lcrense
Assinatura e carimbo do profissional





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

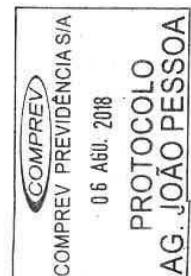
- Fratura na grande tuberosidade do úmero, sem desvios.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

106



RADIOGRAFIA DE TÓRAX

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



Dr. Raíff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonié Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Pêncipes A Cos
CRM/PB: 8620



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>
Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 29

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

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Romaldo Joaquim da
Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 07/02/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

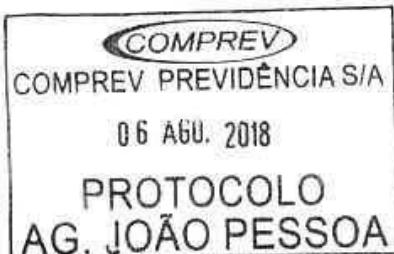
DIAGNÓSTICO: tx grande tuberculose (R)

PROCEDIMENTO: Comprava dx.

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

MOD. 120

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





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

Receituário Simples

11 Rondônia

Verbal

Examinado

Triage

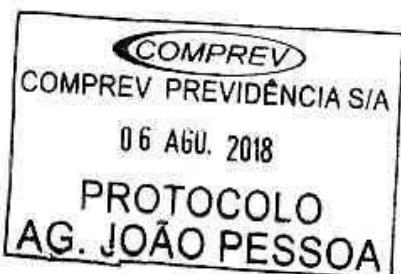
de 8/18h

Mod. 001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643
27/02/13

Data

Médico



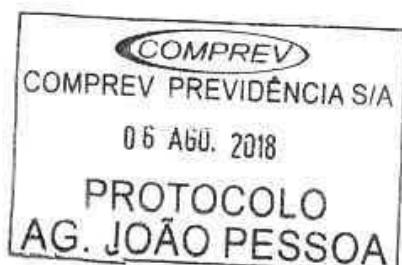


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 27 de abril de 2018.




Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





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 abalaminados 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	1/1/	<input type="checkbox"/> Holter	1/1/
<input type="checkbox"/> Avaliação Oftalmológica	1/1/	<input type="checkbox"/> Mapa	1/1/
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma	01/05/2018	<input type="checkbox"/> Acuidade Visual	09/05/2018
<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma	1/1/	<input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica	1/1/
<input type="checkbox"/> Espirometria	1/1/	<input type="checkbox"/> Avaliação Cardiológica	1/1/

Outros exames:

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

OBSERVAÇÕES

*Exame adequado para o seu retorno
O exame é de alta qualidade
O exame é de alta qualidade*

Campina Grande, 09/05/2018

Dr. Ademir Costa Wanderley

Médico do Trabalho

Registro na SMT 10.347

CNPJ 11.325.954/0001-10

Médico(a) Examinador(a)

Médico Coordenador

Visto do MTB em 1/1

Agente de inspeção

Assinatura do Trabalhador
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa

Av. Camilo de Holanda, 1066 - Centro - (83) 3222 4544 | 3222 5149
Josefa Taveira, 1476 - Mangabeira - (83) 3222 5542 | 9 8602 8079

Campina Grande

Rua: Luiz de Melo, 42 - Prata - 1831 3201 0065 | 9 9905 1617



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855

Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 34



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

Receituário Simples

Flávio Gomes

Urgo Dr. 1

20x0mm - 10x

Transt. hep
de 8/13h.

Nº001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 6643

27/02/13

Data

Médico



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
DANEIRA DA POLÍCIA FEDERAL

RONALDO SOARES DA SILVA

DOC. IDENTICO / CPF: 000 000 000 00
1612417 88F RB

CM: 872.463.684-34 DATA NASCIMENTO: 07/10/1972

INDAÇAO:
FRANCISCO SOARES DA SILVA
TEREZINHA SOARES DA SILVA

PERMISSAO: ACC: CALHAS: JAB:

PERMISSAO: 04063174503
VALIDADE: 14/10/2021
EXPIRAÇÃO: 26/03/2007

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1350602871

COMENTÁRIOS:
Ronaldo Soares da Silva

ASSINATURA DO FABRICANTE:
LOCAL: CAMPINA GRANDE - PB DATA EMISSÃO: 19/10/2016
74299074953
PB033402582

DETTRAN-PB (PÁGINA 1)

PRÓDUTO PLASTIFICADO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 013748443047	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	DATA EMISSÃO	VALIDADE	PERÍODO
PRV	2017/01/06/2018	00/00000000	2017
1	0106959491	NAME	
L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME			
CPF/CNPJ	PLACA		
00509138000122	0504479/PB		
PLACA ANTO/LUF	CHASE		
NOVO	PB	9C2KD0810GR409946	COMBUSTÍVEL
ESPECIE TIPO		ALCO/GASOL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ANO FAB. 2015	
MARCA / MODELO		ANO MFG. 2016	
HONDA/NXR160 BROS ESDD		COR PREDOMINANTE	
CAP / POT / GL		BRANCA	
CATEGORIA		COTA ÚNICA	
2 P/162 /GT		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENIC. COTA ÚNICA	
00/00/0000		VENIC / COTAS	
FATIA LIVRA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		0	
PRÉMIO DIFERENÇA (R\$)		1º	
109.000		2º	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		3º	
109.000		DATA DE PAGAMENTO	
*****		11/10/2017	
DESCRIÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE - PB		07/11/2017	
0			
0			

PB Nº 013748443047		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
- VIA		CPF / CNPJ	ENERGÍCIO
			2017
			DATA EMISSÃO
			07/11/2017
			PLACA
- RENAVAM		08509138000122	QFQ4479/
ANO FAB.		MARAÇ / MODELO	
01069594919		HONDA / MXR160 BROS ESDD	
ANO FAB.		NP CHASSI	
2015		9G2KD0810GR409946	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PMS (R\$)		DEPARTAMENTO (R\$)	
*****		*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IDF (R\$)	
*****		SEGURO	
PAGAMENTO		PAGO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
3		DATA DE QUITAÇÃO	
		31/10/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.240.638/0001-04			

onde ter
endereço
do social



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 – 2^a via, CPF nº 078.073.914-05, residente e domiciliado na Rua Fernando Barbosa de Melo, 290, Catolé, Campina Grande-PB, CEP 58410-440,

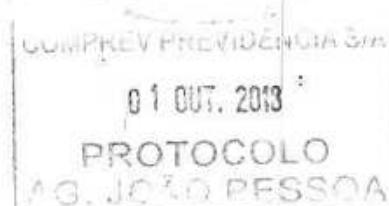
RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA, brasileiro, natural de CAMPINA GRANDE/PB, Casado(a)em Regime de comumhão de bens, nascido em 01/06/1981; EMPRESÁRIO, portador do CPF sob o nº 012.930.644-40, RG nº 1613002 2A VIA expedido pela SSDS/PB, residente e domiciliada à AV RIO BRANCO, nº 30, Bairro CENTRO, CAMPINA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



A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais.
Informando seus respectivos códigos de verificação



Continuação da alteração contratual da L. DIAS DDS SANTOS & CIA LTDA-ME.

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

LINDA VIDA DIAS DOS SANTOS

RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA

OÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA

2000-01-02

CJ 2017-2018

COLO
PESQUA

CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB N° 259002580301.
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

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais. Informando seus respectivos códigos de verificação





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

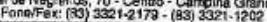
Reconheço por SEMELHANÇA a firma de 078.448.304-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS, Dou fô. Campina Grande(PB) -
02/07/2018 - 15:39. Selo Digital: AGT34171-LTOO.

Em testemunho Adriana S. A. da verdade.
Consulta a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emai.: R\$ 0,50 FEPAL.: R\$ 1,00 FARPEM: 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 fô. Campina Grande(PB)
- 02/07/2018 - 15:40. Selo Digital: AGT34172-1W67.

Em testemunho Adriana S. A. da verdade.
Consulta a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emai.: R\$ 0,50 FEPAL.: R\$ 1,00 FARPEM: 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

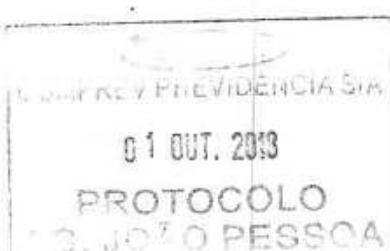


RECDNHECIMENTO DE FIRMA

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

Em testemunho Adriana S. A. da verdade.
Consulta a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emai.: R\$ 0,50 FEPAL.: R\$ 1,00 FARPEM: R\$ 0,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15 Rua Vidal de Negreiros, 70



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:56 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
SECRETARIA-GERAL
JOÃO PESSOA, 04/07/2018
www.redesim.pb.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais.
Informando seus respectivos códigos de verificação

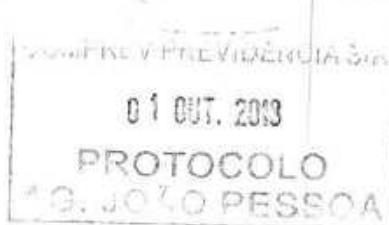
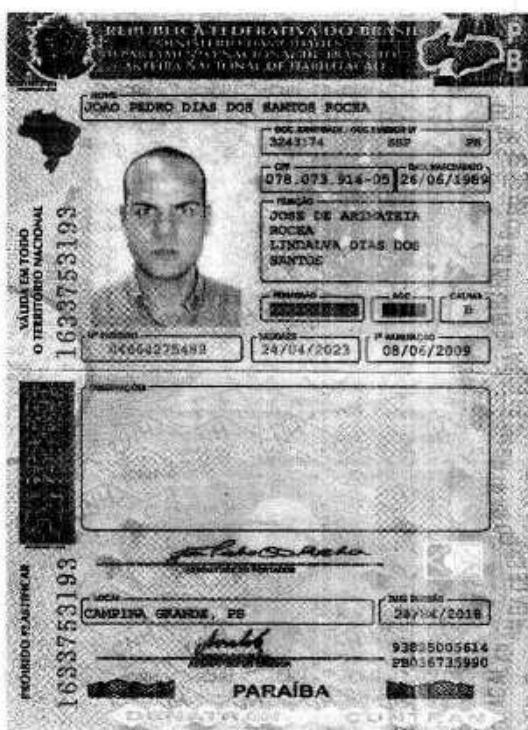


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>

Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>
Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 41

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	PLACA	EXERCÍCIO		
PRY	201701001066671	2017		
CR	0106959491-9	00/00000000		
EE	L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME			
00	00			
04	CPF / CNPJ	PLACA		
08	08509138000122	OFQ4479/PB		
12	PLACA ANTO / UF	CHASSI		
16	NOVO	PB 9C2KD0810GR409946		
20	ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
24	PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL		
28	MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.		
32	HONDA/NXR160 BROS ESDD	2015 2016		
36	CAF / POT / GIL	CATEGORIA		
40	COR PREDOMINANTE			
44	2 P/162 /CI	PARTIC	BRANCA	
48	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
52	00/00/0000		1*	
56	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS		
60	*****	0 2*		
64	*****	3*		
68	PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
72	*****	*****	*****	31/10/2017
76	OBSERVAÇÕES			
80	SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
84	0	0		
88	LOCAL	DATA		
92	CAMPINA GRANDE - PB	07/11/2017		
96	32875	32553	32553-1614096-20171107	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESO E/OU TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DE

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	
VIA	PLACA	
08509138000122	OFQ4479	
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01069594919	HONDA/NXR160 BROS ESD	
ANO FAB.	CAT. INR.	
2015	9	
9C2KD0810GR409946		
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO
*****	*****	*****
SEGURO		PAGO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
S		31/10/21

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

01 OUT. 2013
PROTOCOLO
ACIDENTE PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>

Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 42



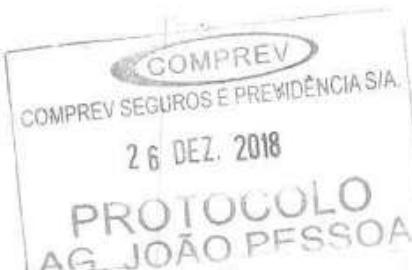
1º SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANDRO GUNNA LIMA
Av. Vidaço de Melo, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
(PontoFix) (83) 3221-2179 (83) 4221-1202 (83) 3221-1150

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia fotostática por ser uma reprodução
fiel do documento original que me foi apresentado. Dau fé.
Campina Grande(PB) - 11/06/2018 - no 53

Em testemunho Adriano - Beto Sf da verdade.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>
Número do documento: 220112112716262700000026545855

Nº 38319632 - Pág. 43

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 %

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 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 %



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RONALDO SOARES DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>
Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 46

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271636700000036545855>
Número do documento: 21011211271636700000036545855

Num. 38319632 - Pág. 47



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08011858220198150001

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

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 17 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271685600000036545856>
Número do documento: 21011211271685600000036545856

Num. 38319633 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/01/2021 11:27:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011211271685600000036545856>
Número do documento: 21011211271685600000036545856

Num. 38319633 - Pág. 2