



12/01/2021

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
38319630	12/01/2021 11:27	<a href="#">Petição</a>	Petição
38319632	12/01/2021 11:27	<a href="#">2578653_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
38319633	12/01/2021 11:27	<a href="#">2578653_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

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

Nº Sinistro: **3180250226**

Vítima: **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

Pag. 00491/00492 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030246



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RONALDO SOARES DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180250226**  
Vítima: **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**

Pag. 00389/00390 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070195

Carta nº 12910964





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



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 <b>RONALDO SOARES DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>872.463.684-34</b>	Profissão <b>RECLAMANTE</b>
Endereço <b>R. JOSÉ ALVES SOBRINHO</b>		Número <b>133</b>	Complemento
Bairro <b>JARDIM TAQUARES</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PARAIBA</b>	CEP <b>58.103-005</b>
Email <b>soaresr@gmail.com</b>		Telefone (DDD) <b>(31) 99829-8855</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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 **3** CONTA NRO. **00036031** D/V **3**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

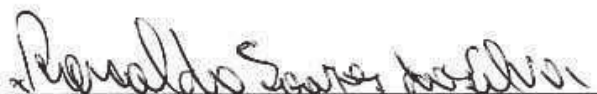
☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO NOME **COMPREV** NRO. **COMPREV**  
AGÊNCIA NRO. **COMPREV** D/V **COMPREV**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

**30 MAIO 2018**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

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



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**  
**Nº00153.01.2018.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1:** LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

**Data da Ocorrência:** 07/02/2018

**Hora:** 11:36:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

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

**PARTE(S)**

**VITIMA**

**Nome:** Ronaldo Soares da Silva

**Conhecido por:** Não informado

**Filiação:** Terezinha Soares da Silva e Francisco Soares da Silva

**Idade:** 45

**Data de Nascimento:** 07/10/1972

**Identidade de Gênero:** masculino

**Nacionalidade:** brasileira

**Naturalidade:** Campina Grande

**Estado Civil:** união estável

**Escolaridade:** Não informado

**Profissão:** Motoboy

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

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

**Complemento:** Não informado

**Telefone:** (83) 98642-6701

**TESTEMUNHA**

**Nome:** Walfredo Moreira dos Santos

**Conhecido por:** Não informado

**Filiação:** Severina Pereira dos Santos e Alfredo Moreira dos Santos

**Idade:** 44

**Data de Nascimento:** 19/07/1973

**Identidade de Gênero:** masculino

**Nacionalidade:** brasileira

**Naturalidade:** Campina Grande

**Estado Civil:** casado(a)

**Escolaridade:** Não informado

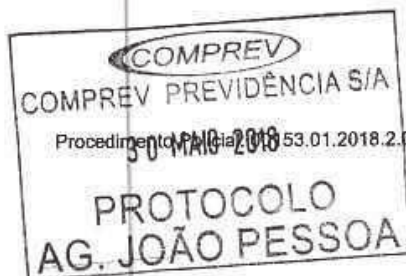
**Profissão:** Pintor

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

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

**Complemento:** Não informado

**Telefone:** (83) 98894-1569





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de 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



TESTEMUNHA

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

#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

#### DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

#### HISTÓRICO

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

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 15 de maio de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

Delegado(a) de Polícia Civil

RONALDO SOARES DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00153.01.2018.2.00.420



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 interdita 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 <b>RONALDO SOARES DA SILVA</b>	CPF da Vítima <b>842.463.684-34</b>	Data do Acidente <b>07/02/2018</b>
---	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <b>RONALDO SOARES DA SILVA</b>	CPF do Representante legal <b>842.463.684-34</b>
E-mail <b>Bolhinhas@leitefresco.com</b>	Telefone (DDD) <b>(83) 99829-8855</b>

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.

**PARANÁ GRANDE/RS** 18 de **MAIO** de 2018

Local e Data

**Ronaldo Soares da Silva**

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		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 27 de abril de 2018.

  
SUPERVISOR



Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

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



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RONALDO SOARES DA SILVA,

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

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JOSE ALVES SOBRINHO</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JARDIM TRAVES</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.103 - 605</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99829-8855</u>
E-mail	<u>Balthinecga@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Ronaldo Soares da Silva



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JAGUARIBE  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

11289139

REFERÊNCIA

MAI/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

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

DATA DA IMPRESSÃO: 03/05/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 06:15:38

DESCRIÇÃO:

CONTUNO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

11 M3

34,23

ESGOTO

ACRESCIMOS: MESSES: ANT. 11/2017-12/2017

3,40

JUROS DE MORA: 11/2017-12/2017

5,54

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

VENCIMENTO:

16/05/2018

Total a Pagar:

R\$ 81,17



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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

**CAGEPA**

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

826600000000 2 81170010018 3 01128913901 3 052018900003 6







## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

### DADOS DO VEÍCULO:

Modelo: Honda NXR 160 Bros ESDD

Ano: 2015/2016

Placa: QFQ 4479/PB

Chassi: 9C2KDO810GR409946

Data do acidente: 07 de fevereiro de 2018

Campina Grande, 12 de abril de 2018.

Cartão do  
1º Ofício

Lindalva Dias dos Santos

Assinatura do Condutor

CENTRAL DE ATENDIMENTO

(83) **2102.3232**

[www.planodigna.com.br](http://www.planodigna.com.br)





1º SERVIÇO 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**

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.354-07 -  
LINDALVA DIAS DOS SANTOS - Dou. fe. Campina Grande (PB) -  
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho

da verdade.

Selo Digital: AQM25011-SQVT - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol.: R\$ 9,50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,28 IESON: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15  
690e328ed936f47a04c369b4b231b125aac0e8



**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 MAIO 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LINDA DOS SANTOS E CIA LTDA - ME,  
RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 1/1/, Órgão  
\_\_\_\_\_, portador do CPF nº 08.509.138/0001-22, com domicílio na  
cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAÍBA, onde  
resido na \_\_\_\_\_ (Rua/Avenida/Estrada)  
AV. PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, nº 3013,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
RONALDO SOARES DA SILVA, cujo o condutor era  
RONALDO SOARES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: Honda / NXR 160 Bros E 500  
Ano: 2015 / 2016  
Placa: QFG 4479 / PB  
Chassi: 9C2KD0810GR409946  
Data do Acidente: 07/02/2018  
Local e Data: Campina Grande - PB 12-09-18

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

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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
IVANDRO CUNHA LIMA  
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-200  
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150  
**RECONHECIMENTO DE FIRMA**  
Reconheço por **AUTENTICIDADE** a firma de **078.449.304-22** Vidal de Negreiros, 70  
**LINDALVA DIAS DOS SANTOS** Dou fé. Campina Grande (PB)  
20/04/2018 - 10:21.  
Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.  
Selo Digital: AQM25012-3G0C - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emcl.: R\$ 9,50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,26 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,13  
91797ee23596e1cb1b5f0a619d8c4d3e4cf174a5

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





## Declaração do Proprietário do Veículo

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

Veículo: PAS / MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA NXR-160 PROS ESD  
Ano: 2015 / 2016  
Placa: RFA-4479-PB  
Chassi: 9C2K30810GR409946  
Data do Acidente: 1 / 1  
Local e Data: Campina Grande 14 de Novembro de 2018

Carteira de  
1º Ofício

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

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



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
IVANDRO CUNHA LIMA  
Rua Vitor do Rego, 30 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 56.400-000  
Fone/Fax: (31) 3331-2175 / (31) 3331-3305 / (31) 3331-1155

### RECONHECIMENTO DE FIRMA

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

Em testemunho Assinatura do Selo da verdade.  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emel.: R\$ 9,99 FEPJ.: R\$ 1,80 FAREM: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,54







( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_

( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia

( ) Transferência a outro SETOR do HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( ) Decisão Médica

( ) Óbito \_\_\_\_\_

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Dr. Wagner Faleão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-FB 8643

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1594136>



REQUISIÇÃO DE EXAMES

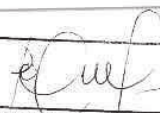
NOME: <u>Ronaldo Soares</u>		PRONTUÁRIO: <u>463</u>	
IDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO: ALTURA: CLÍNICA: ENF.: LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

**RAIO X**  
**RE 02 17**

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Ep ombro (E) Perfil de escápula  
Aular

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dra. Rossana Carabante Ortopedia e Traumatologia CRM 4995 TEOT 8479
DATA: <u>07/05/2018</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

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





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

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA  
DATA DO EXAME: 07.02.2018

**RADIOGRAFIA DE OMBRO**

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

106

**RADIOGRAFIA DE TÓRAX**

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

Dr. Raiff R Cavalcanti  
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino  
CRM/PB 6435


Dra. Marcella Farias  
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda  
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A Cor  
CRM/PB: 8620



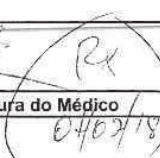
 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME: <span style="font-family: cursive;">Luis Carlos</span>		PRONTUÁRIO: <span style="font-family: cursive;">463</span>			
IDADE: <span style="font-family: cursive;">30</span>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	
PESO: <span style="font-family: cursive;">70</span>		ALTURA: <span style="font-family: cursive;">1,70</span>		CLÍNICA: <span style="font-family: cursive;">18</span>	
ENF.: <span style="font-family: cursive;">01</span>		LEITO: <span style="font-family: cursive;">48</span>			
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		Dr. <span style="font-family: cursive;">[Assinatura]</span> Médico Especialista CRM-PB <span style="font-family: cursive;">[Número]</span>	
DATA: <span style="font-family: cursive;">20/06/2018</span>		HORA DA SOLICITAÇÃO: <span style="font-family: cursive;">14h30</span>			
Carimbo e Assinatura do Médico					



30 MAY 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME: RONALDO SENEZ DA SILVA						PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS: Acidente no trânsito / Do no trânsito							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS: - Rx de Ombro - Lado - Rx de Tornozelo - Lado							
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>		Carimbo e Assinatura do Médico				
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:						

MOD. 002

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







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

SMU

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Ronaldos Soares da Silva		
End:	Fel x Carolina Barbosa 203	Bairro:	Alto Branco
Data de Nascimento:	07.10.1972	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC de	Data do Atend.:	07.02.18
		Hora:	12:30
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	Documento:

Mo B

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional





REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	R	O	N	A	D	O	S	C	A	R	E	O	PRONTUÁRIO:
IDADE:													
SEXO:	M	F											
COR:	B	P	A										
PESO:													
ALTURA:													
CLÍNICA:													
ENF.:													
LEITO:													

DADOS CLÍNICOS:

Acidente de moto / Do no trânsito

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx no Ombro etc  
- Ex no Tórax Ap

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

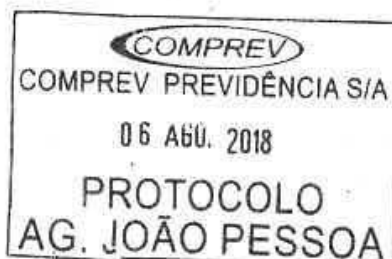
DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Notário: Gadelha  
MARGIA GABRIEL  
2288

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

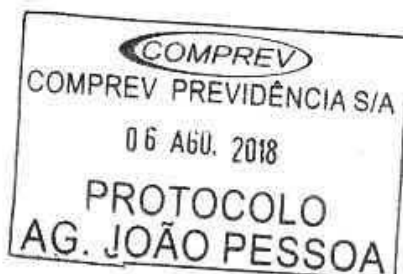
### DADOS CLÍNICOS:

### MATERIAL A EXAMINAR:

### EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		HORA DA SOLICITAÇÃO:		Assinatura do Médico	
DATA:						Carimbo	

MOD. 002



REQUISICÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

**RADIO X**  
RAIO X  
02/17

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Do ombro (E) / Dupl de escápula  
Anter

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

04/02/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Ruyana Cavalcante  
Oncologia e Transplante  
CRM 1365 TEOT 8419

IOB. 002

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







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

SAU

### Ficha de Acolhimento

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

Not

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

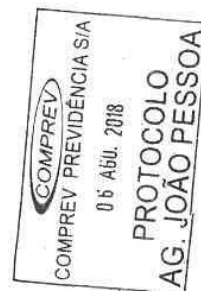
MOD. 110

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

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

*curmylar*

Assinatura e carimbo do profissional



Atendimento #

Exames Vitais de Acidente  
de moto apressado com  
com o carro (E).M. F. de G. P. Lima  
(Sua deano)

Dr. Wagner Falcão

Ata de atendimento

Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

DESTINO DO PACIENTE / / as : hs.

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

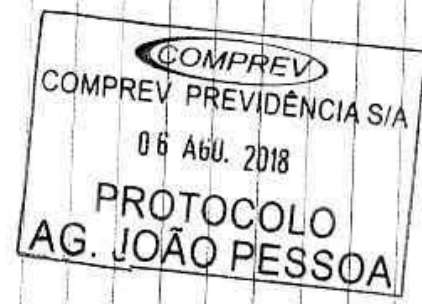
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

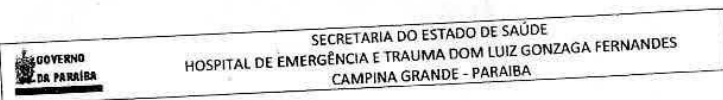
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE





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

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA  
DATA DO EXAME: 07.02.2018

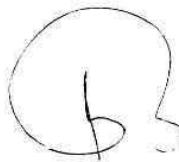
**RADIOGRAFIA DE OMBRO**

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

**RADIOGRAFIA DE TÓRAX**

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

106



Dr. Raiff R Cavalcanti  
CRM/PB: 6320

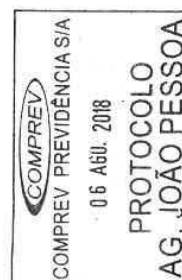
Dra. Miriam Albino  
CRM/PB: 6435

Dra. Marcella Farias  
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda  
CRM/PB: 8220

Dr. Pêicles A Cos  
CRM/PB: 8620





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Marcelo Gomes da Silva

foi atendido(às) hoje, às 9h ( Quarenta e cinco )  
horas, necessitando de 95 ( Quarenta e cinco )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42

Campina Grande,

27/02/18

Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

Assinatura do Médico - CRM Nº

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

MOD. 004

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Ronaldo Soares de

Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 07/02/18

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

FICHA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: fx grande tuberosidade (R)

PROCEDIMENTO: Compensação

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

MOD. 120

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

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AÇO. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Dr. Ronaldo Gonçalves

Vto. Dr.!

Lexomin - 100

Torax 12

de 8/86

MOD. 001

Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

27.02.13

Data

Médico





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

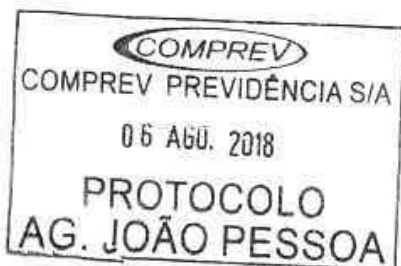


## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

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

Campina Grande, 27 de abril de 2018.



  
FELIX ALEXANDRE D. NASCIMENTO  
SUPERVISOR  
SAMU 192 - CG

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 abaixo descritos e encontra-se:



Apto



Apto (com restrições)



Apto (trabalho em altura)



Inapto

para exercer a função de **MOTOBOY**

### RISCOS OCUPACIONAIS

### EXAMES COMPLEMENTARES

Exames	Data	Exames	Data
<input type="checkbox"/> Audiometria / Otoscopia	___/___/___	<input type="checkbox"/> Holter	___/___/___
<input type="checkbox"/> Avaliação Oftalmológica	___/___/___	<input type="checkbox"/> Mapa	___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma	01-08-2018	<input checked="" type="checkbox"/> Acuidade Visual	01-08-2018
<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma	___/___/___	<input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica	___/___/___
<input type="checkbox"/> Espirometria	___/___/___	<input type="checkbox"/> Avaliação Cardiológica	___/___/___

Outros exames:

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

### OBSERVAÇÕES

Dr. Ademir Costa Wanderley  
Médico do Trabalho  
Registro na SSMT 10.247  
CRM 353 - CPF 113.925.394-22

Médico(a) Examinador(a)

Médico Coordenador

Assinatura do Trabalhador

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Visto do MTB em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Agente de Inspeção

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 - (83) 3201 0065 | 9 9905 1617



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Fl. Fomelo Gomes

Vto. Dr.º

Loxoprofen — 120

T. 100mg, 12p

de 8/8h.

MOD. 001

Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

27.02.13

Data

Médico





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
DIRETORIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

**Nome:** RONALDO SOARES DA SILVA

**DOC. IDENTIFIC. - CNH, RNEC ou IF:** 1612417 85F PB

**CPF:** 872.483.684-34 **DATA NASCIMENTO:** 07/10/1972

**FILIAÇÃO:** FRANCISCO SOARES DA SILVA  
TEREZINHA SOARES DA SILVA

**PROFISSÃO:** ☐ **ECO:** ☐ **CATIA:** ☐ **AB:** ☐

**Nº RESERVA:** 04063174503 **VALIDADE:** 14/10/2021 **1ª EMISSÃO:** 26/03/2007

**OBSERVAÇÃO:**

*Ronaldo Soares da Silva*

**LOCAL:** CAMPINA GRANDE, PB **DATA EMISSÃO:** 19/10/2016

*[Assinatura]* **74299074953**  
**PB033402582**

**DETRAN - PB (CAMPINA GRANDE)**

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1350602871

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1350602871

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



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

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

VIA: 1  
CÓDIGO RENAVAM: 201701001066871  
1 0106959491-9 00/00000000 2017

**L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME**

CPF / CNPJ: 08509138000122  
PLACA ANT. 7 UP: 0EQ4479/PB  
NOVO: BB 9C2KD0810GR409946

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/MXR160 BROS ESDD 2015 2016

CAP / POT / CL: 2 P/162 /CT CATEGORIA: PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00000000 IOP (R\$): 0 PRÊMIO TOTAL (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 31/10/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

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

32875 32875 22553

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

PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 07/11/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 08509138000122 PLACA: 0EQ4479/PB

RENAVAM: 201701001066871 MARCA / MODELO: HONDA/MXR160 BROS ESDD

ANO FAB: 2015 CAT. RIE: 9 Nº CHASSI: 9C2KD0810GR409946

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PRM (R\$): \*\*\*\*\* DETRAN (R\$): \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$): \*\*\*\*\* IOP (R\$): 0 TOTAL EM R\$ (SE RESERVA): 0

PAGAMENTO: COTA ÚNICA 3 PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 31/10/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 28.248.808/0001-04

Onde tem  
CPF e nome  
dos sócios

pendo na  
cópia legítima do contrato  
- - - da empresa



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

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

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

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

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

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

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



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

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

A validade deste documento, se impresso, fica sujeita 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

Cartório do  
1º Ofício

  
**LINDALVA DIAS DOS SANTOS**

Cartório do  
1º Ofício

  
**RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA**

Cartório do  
1º Ofício

  
**JOÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA**

DELEGACIA

01 OUT. 2018

PROTOCOLO

DE PESSOA



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB N° 25900258030.<sup>2</sup>  
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](http://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

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

Em testemunho Adelino de S. A. da verdade.  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,50 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



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

Em testemunho Paulo de S. A. da verdade.  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,50 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



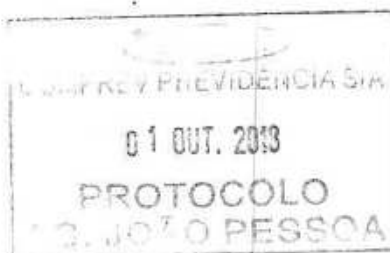
1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

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

Em testemunho Paulo de S. A. da verdade.  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,50 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB Nº 25900258030.  
PROTOCOLO: 180315974 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](http://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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 CONSTITUCIONAL DE 1988  
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO E TITULACÃO

**NOME**  
 JOAO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA

**DOC. IDENTIFIC. / OUTUBRO DE**  
 3243174 SEP 28

**CITY** - **DE LAQUINHOA**  
 078.073.914-05 26/06/1969

**ENDEREÇO**  
 JOSE DE AROMATEIA  
 ROCHA  
 LINDALVA DIAS DOS  
 SANTOS

**RENDA** **MAC** **CELENA**  
 200000000 0000000 0

**CPF** **NUMERO** **INSCRIÇÃO**  
 00004275488 24/04/2023 08/06/2009

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
 1633753193

**RECIBO DE REGISTRO**  
 1633753193

**NOME**  
 CAMPINA GRANDE, PE

**DATA DO REGISTRO**  
 24/04/2018

**NUMERO DO REGISTRO**  
 93825005614  
 28036735990

**PARAIBA**

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO E TITULACÃO**

COMISSÃO PREVIDENCIÁRIA

01 OUT. 2013

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

LACR Nº 0106959491-9 00/00000000 2017  
L DIAZ DOS SANTOS E CIA LTDA ME

OPF / CNPJ PLACA  
08509138000122 OFQ4479/PB

NOVO PB 9C2KD0810GR409946  
ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2016

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/162 /CI PARTIO BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
00/00/0000  
FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\* 0 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 31/10/2017

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA  
CAMPINA GRANDE-PB 07/11/2017

32875 33553

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

PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DI

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISS  
2017 07/11

VIA CPF / CNPJ PLACA  
08509138000122 OFQ4479

RENAVAM MARCA / MODELO  
01069594919 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI  
2015 9 9C2KD0810GR409946

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

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 31/10/21

SEGURODORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

33553 1614086 20171107

01 OUT. 2013  
PROTOCOLO  
AC. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-234

REGISTRO GERAL

233.352 - 2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2008

NOME LINDALVA DIAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOÃO AGRIPIANO DOS SANTOS

MARIA DIAS DOS SANTOS

NATURALIDADE POCINHOS-PB

DATA DE NASCIMENTO 25/01/1953

DOC. ORDEM NASC. N. 3229 FLS. 105 LIV. A/12

CARTÓRIO POCINHOS-PB

CPF 078.443.304-97

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMITENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

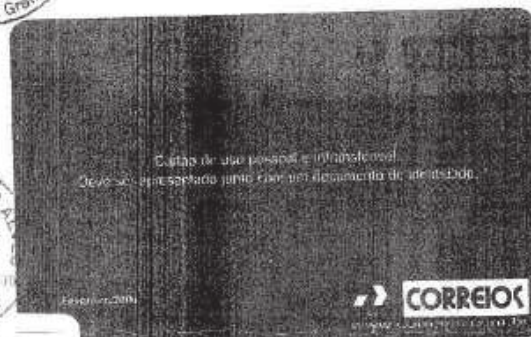
Secretaria da Receita Federal

CPF

078.443.304-97

LINDALVA DIAS DOS SANTOS

25/01/1953



Certifico, conforme estatuto no art. 2º do Dec. Lei nº 2.149 de 25 de Abril de 1.949, que a presente cópia fotostática por igual ao original que me foi apresentado e conferi. Haverá de ser conferida Lei nº 7.410/2008 e pelo R. U.V.S. conforme Lei 8.880/1994. Campina Grande (PB), 07/02/2018.

Em testemunho da verdade

R. Vidal de Negreiros, 70

C. Grande-PR



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia fotostática por ser uma reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. Dou fé. Campina Grande (PB) - 11/06/2016 - 09:53.

Em testemunho da verdade.

Seio Digital: ABO57050-898A - Consulte a autenticidade em <https://seiodigital.tjpb.jus.br>

Embr.: R\$ 1,04 PERJ.: R\$ 0,06 FARPEN: R\$ 0,25 Total: R\$ 1,35

18046Tc6025a0598d91d38758b1046b614d0d2





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

### DANOS

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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

### DANOS

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195083/18

Número do Sinistro: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF: 872.463.684-34

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

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF de: Próprio

### 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](http://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

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

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF de: Próprio

### 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](http://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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª 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](http://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