



Número: **0864705-64.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE IORDAN DE SA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45170 129	30/06/2021 21:09	<a href="#">Petição</a>	Petição
45170 130	30/06/2021 21:09	<a href="#">2658873_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
45170 131	30/06/2021 21:09	<a href="#">2658873_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092183500000042929100>  
Número do documento: 21063021092183500000042929100

Num. 45170129 - Pág. 1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.<sup>o</sup> 08647056420188152001

**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 **JOSE IORDAN DE SA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 29 de junho de 2021.

**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.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092294200000042929101>  
Número do documento: 21063021092294200000042929101

Num. 45170130 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosadvass.com.br](http://www.joaobarbosadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092294200000042929101>  
Número do documento: 21063021092294200000042929101

Num. 45170130 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE IORDAN DE SA

Nº Sinistro: 3180348840  
Vitima: JOSE IORDAN DE SA  
Data do Acidente: 10/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348840**.

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 13165853

Pag. 01719/01720 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010860



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE IORDAN DE SA  
Nº Sinistro: 3180348840  
Vitima: JOSE IORDAN DE SA  
Data do Acidente: 10/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180348840**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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](http://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 13227355





## 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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
	136.067.514-00	José Jordam de Sa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo José Jordam de Sa	CPF titular da conta 136.067.514-00	Profissão motorista	
Endereço Doctor Silvino Nobreza	Número 130	Complemento	
Bank João Guanabara	Cidade João Pessoa	E-mail pr3	CEP 58015-120
Email			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	PROTÓTIPO
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	DI/V	CONTA CORRENTE (todos os bancos)
1234	3	DI/V	B Brasil 001
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)		AGÊNCIA Nº
			CONTA Nº
			36.860 1
			(Informar dígito se existir)

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

José Jordam de Sa, 15 de maio de 2017  
Local e Data

José Jordam de Sa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







## 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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
	136.067.514-00	José Jordam de Sa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo José Jordam de Sa	CPF titular da conta 136.067.514-00	Profissão motorista	
Endereço Doctor Silvino Nobreza	Número 130	Complemento	
Bank João Guanabara	Cidade João Pessoa	E-mail pr3	CEP 58015-120
Email			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	PPORTUNO
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	DI/V	CONTA CORRENTE (todos os bancos)
1234	3	DI/V	B Brasil 001
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)		AGÊNCIA Nº
			CONTA Nº
			36.860 1
			(Informar dígito se existir)

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

José Jordam de Sa, 15 de maio de 2017  
Local e Data

José Jordam de Sa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 6

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT										
DADOS DO ACIDENTE										
Nº BOAT 0253 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>ROINALDO OLIVEIRA DE SOUZA</b>						Posto/Gradeiação: <b>3SGT /PM</b>			
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Rua Frei Martins / Prefeito Osvaldo Pessoa</b>	Hora 09: 00	Bairro Jaguaribe	Município: João Pessoa	UF PB						
Data/Ocorrência 10-04-2017	Dia da Semana Segunda-Feira	C/S Vítima (Q/T) Com	Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Cond.ões/Via Seca	Tempo Bom				
Endereços no acidente (Quarenta)										
02 veículos										
Cruzamento com Via de Sentido Unico										
CONDUTOR 01										
Nome <b>Francisco Ornan Ferreira Nobre</b>	Sexo Masculino	Nascimento 28-02-1951	RG 153999							
Endereço Rua Severino Chaves 1061, Manaira Apt. 102, João Pessoa PB – Tel.(083)98787-2191.										
1º Habilitação 28-10-1977	Categoria AB	Registro CNH N. 00534393411	UF PB	Ex-med./Dia Sim	Data Vencimento 29-08-2018	Usava cinto Sim	Usava Capacete -			
Exame de Embriaguez Alcoólica Não										
Destino do Condutor Permaneceu no Local										
VEICULO 01										
Marca <b>Fiat Strada</b>	Especie Caminhonete	Placa FHQ-4722	Categoria Particular	Município João Pessoa	UF PB					
Nome do Proprietário <b>Francisco Ornan Ferreira</b>										
Seguradora DPVAT	Bileta Nº 012896213513	Renavan Nº 00507726111	Data da Emissão 04-01-2017							
Defeitos Nada constatado										
VERSAO DO CONDUTOR 01										
<p>Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Caged/Centro Administrativo, no momento que o mesmo foi adiantar um pouco o veículo a via A para ter a visão do fluxo por causa dos veículos que estavam estacionados a sua direita, vindo a atra paixão a sua visão da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, esperou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a abalar, acionando o sinistro.</p>										
CONDUTOR 02										
Nome <b>José Jordão de Sá</b>	Sexo Masculino	Nascimento 04-10-1949	RG 210521							
Endereço Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB – Tel.(083)98851-8051	+1									
1º Habilitação 22-02-1987	Categoria AB	Registro CNH N. 02817386513	UF PB	Ex-med./Dia Sim	Data Vencimento 18-02-2018	Usava cinto Sim	Usava Capacete -			
Exame de Embriaguez Alcoólica Não										
Destino do Condutor Socorrido ao Hospital										
VEICULO 02										
Marca <b>Loncin Dank</b>	Especie Motocicleta	Placa OFY-6764	Categoria Particular	Município João Pessoa	UF PB					
Nome do Proprietário <b>José Jordão de Sá</b>										
Seguradora DPVAT	Bileta Nº 012297862603	Renavan Nº 005321168798	Data da Emissão 29-04-2016							
Defeitos Nada constatado										
VERSAO DO CONDUTOR 02										
<p>Condutor declarou no Epiran no dia 27-04-2017 às 11:10h e disse que: trafegava na via A faixa da direita sentido Centro/Rangel, momento que ao cruzar com a via B, foi atingido pelo V1 que avançou a placa PARE, ocasionando o acidente.</p>										





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA

COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)

BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0253 - 2017

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0253 - 2017			
VITIMA 01	Nome: José Iordan de Sá Endereço: Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB – Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.	Sexo: Masculino Nascimento: 04-10-1949	Nascimento: 04-10-1949
Condutor	Viajava no Veículo Nº 02	Usava Cinto	Conduzida Para Hospital de Trauma
CONSTATADO			
<p>Constatado quando do levantamento que: há placa PARE na via B, o condutor 02 foi conduzido ao Trauma com escoriações e fratura na perna esquerda. Socorrido pela USB 03, Enfermeiro Aguiar, COREN: 106296. O V2 foi removido ao Bpiran para complemento de laudo. O sítio do acidente se deu no cruzamento das vias na faixa do V2.</p> <p><b>ENTRADA DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO</b></p> <p><b>EXAME DE CONFORMIDADE COM O ORIGEM</b></p> <p><b>DATA: 15/05/2017</b></p> <p><b>ADRIANO GOMES ARAÚJO</b></p> <p><b>DATA: 15/05/2017</b></p> <p><b>RODRIGO OLIVEIRA DE SOUZA 3ºSGT PM</b></p> <p><b>DATA: 15/05/2017</b></p> <p><b>Responsável pelo Levantamento</b></p>			
Jólio Pessoa – PB, 11 de Maio de 2017			

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VÉICULOS SINISTRADOS - BOAT N° 0253 - 2017				
DANOS NO V1				
Marca/Modelo:	Fiat Strada	Placa:	FHO-4722	
RESPONSÁVEL PELA PRESENTAÇÃO:				
3ºSgt De Souza				
Data: 10-04-2017				
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE				
AVALIAÇÃO				
Item	Nome da Peça	Sim	Nome da Peça	
01	Painel corte-fogo	x	12	Lateralina traseira esquerda
02	Lateralina dianteira esquerda	x	13	Assento porta malas ou caramba
03	Caixa de rodas dianteira esquerda	x	14	Lateralina traseira direita
04	Estrutura da soleira esquerda	x	15	Caixa de rodas traseira direita
05	Air Bags frontais	x	16	Estrutura da coluna traseira direita
06	Air Bags laterais	x	17	Estrutura da soleira direita
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x	18	Estrutura da coluna central direita
08	Estrutura da coluna central esquerda	x	19	Estrutura da coluna dianteira direita
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x	20	Assento central direito
10	Caixa de rodas traseira esquerda	x	21	Caixa de rodas dianteira direita
11	Assento central esquerdo	x	22	Lateralina dianteira direita
Total Geral (Sim + Não) 00				
Observações: DN=DANO DE PEQUENA MONTA				
AVALIAÇÃO POR DANO:				
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA				
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 5 → DANO DE MÉDIA MONTA				
Quantidade de peças estruturais/seg. pass danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA				
DANOS NO V2				
Marca/Modelo:	Loncin Dank	Placa:	OFY-6764	
RESPONSÁVEL PELA PRESENTAÇÃO:				
3ºSgt De Souza				
Data: 10-04-2017				
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE				
Item	Nome da Peça	Sim	Nome da Peça	
01	Garfo dianteiro	x	05	Chassi
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x	06	Garfo traseiro
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x	07	Eixo traseiro (trípodes)
04	Coluna de direção	x	Total Geral (Sim + Não) 00	
Observações: DN=DANO DE PEQUENA MONTA				
AVALIAÇÃO POR DANO:				
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA				
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA				
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA				



DANOS NO V3				
Marca/Modelo:	FIAT STRADA	Placa:	FHO-4722	
RESPONSÁVEL PELA PRESENTAÇÃO:				
3ºSgt De Souza				
Data: 10-04-2017				
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE				
Item	Nome da Peça	Sim	Nome da Peça	
01	Garfo dianteiro	x	05	Chassi
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x	06	Garfo traseiro
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x	07	Eixo traseiro (trípodes)
04	Coluna de direção	x	Total Geral (Sim + Não) 00	
Observações: DN=DANO DE PEQUENA MONTA				
AVALIAÇÃO POR DANO:				
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA				
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA				
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA				

Jólio pessoa-PB, 11 de Maio de 2017.

DATA: 15/05/2017	3ºSgt De Souza
Resumido Oliveira de Souza 3SGT PM	Responsável pelo Levantamento

REGISTRO DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
CÓPIA DE CONFORMIDADE DENTRO O ORIGEM  
ADRIANO GOMES ARAÚJO  
Data: 15/05/2017  
Referência: 320-321-2





## CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0253/2017

### AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Frei Marinho 12,00metros

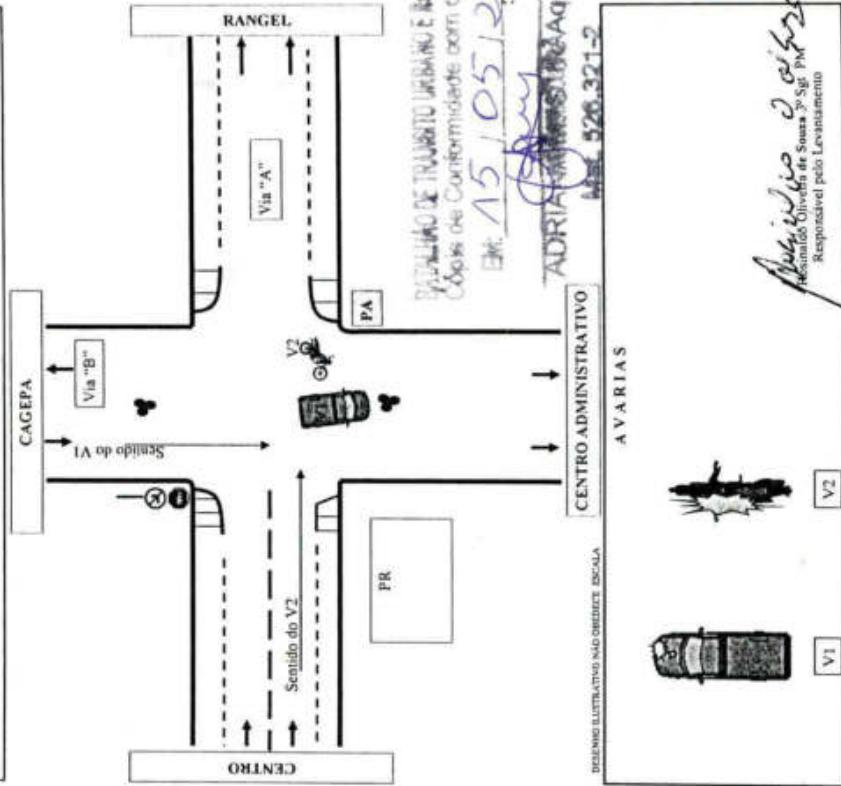
VIA "B" - Rua Prefeito Osvaldo Pessoa 10,00metros

PR (Ponto de Referência) Centro Administrativo

PA (Ponto de Amarraria) Posto da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 05,90 e Traseiro Esquerdo 07,00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Esquerdo 06,30 e Traseiro Esquerdo 05,30 metros para (PA)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>

Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 9



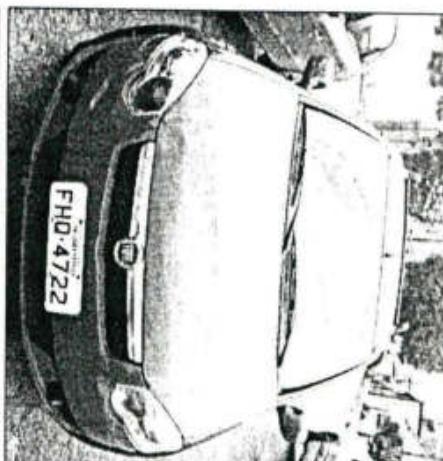
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



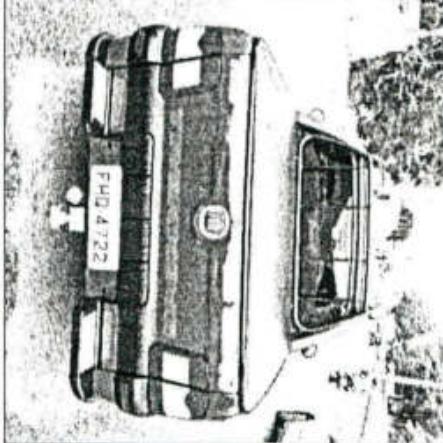
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0263/2017

FOTOS DO V1

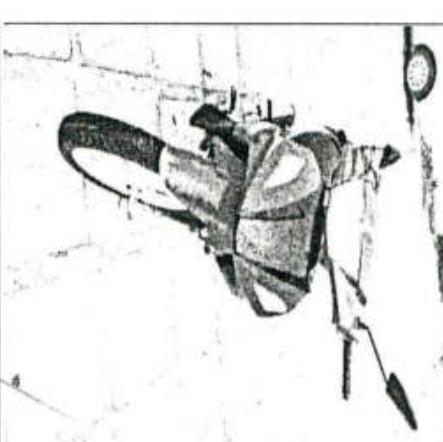
FRENTE (V1)



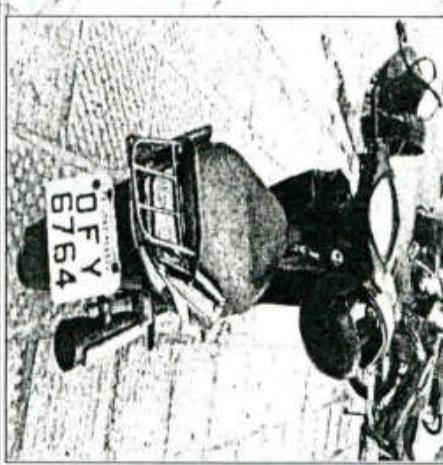
TRASEIRA (V1)



FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0263/2017

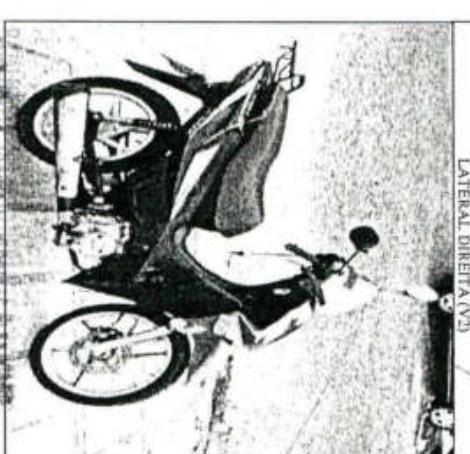
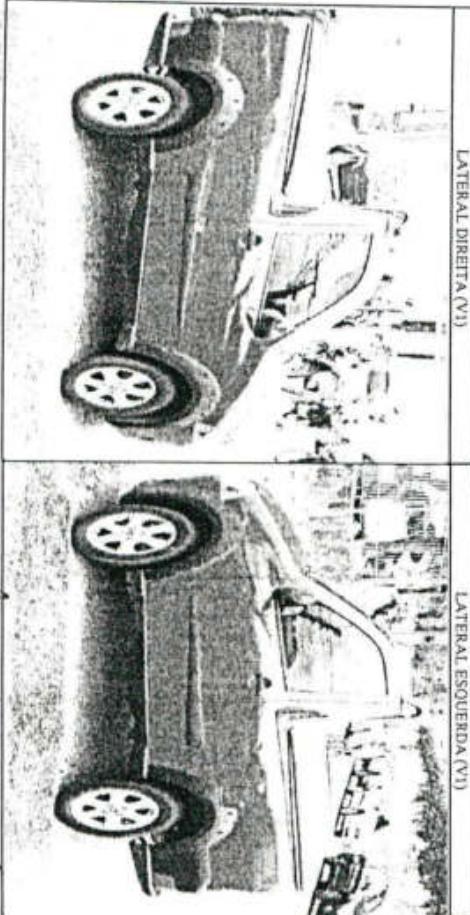
FOTOS DO V2

LATERAL DIREITA (V1)

LATERAL DIREITA (V2)

LATERAL ESQUERDA (V1)

LATERAL ESQUERDA (V2)



Assinado por: Adriano Oliveira de Souza - Sargento  
Responsável pelo Levantamento

15/05/2017

Suelio Moreira Torres  
Assinado por: Suelio Moreira Torres  
Responsável pelo Levantamento

15/05/2017

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT										
DADOS DO ACIDENTE										
Nº BOAT 0253 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>ROINALDO OLIVEIRA DE SOUZA</b>						Posto/Gradeiação: <b>3SGT /PM</b>			
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro	Município:	UF						
<b>Rua Frei Martins / Prefeito Osvaldo Pessoa</b>	09: 00	<b>Jaguaribe</b>	<b>João Pessoa</b>	<b>PB</b>						
Data/Ocorrência 10-04-2017	Dia da Semana Segunda-Feira	C/S Vítima (Q/T) Com	Natureza do Acidente Abalroimento	Tipo de pavimento	Condições/Via	Tempo				
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos										
Controle do trânsito no local <b>Cruzamento com Via de Sentido Unico</b>										
CONDUTOR 01										
Nome <b>Francisco Ornan Ferreira Nobre</b>	Sexo	Masculino	Nascimento	RG	153999					
Endereço Rua Severino Chaves 1061, Manaira Apt. 102, João Pessoa PB – Tel.(083)98787-2191.										
1º Habilitação 28-10-1977	Categoria AB	Registro CNH N. 00534393411	U.F. Ex-med./Dia PB Sim	Data Vencimento 29-08-2018	Usava cinto	Usava Capacete				
Exame de Embriaguez Alcoólica Não					Sim	-				
DESTINO DO CONDUTOR <b>PERMANECIU NO LOCAL</b>										
VEÍCULO 01										
Marca <b>Fiat Strada</b>	Especie Caminhonete	Placa FHQ-4722	Categoria Particular	Município João Pessoa	UF PB					
Nome do Proprietário <b>Francisco Ornan Ferreira</b>	Endereço DPVAT	Documento 012896213513	Renavan Nº 00507726111	Data da Emissão 04-01-2017						
Defeitos Nada constatado										
VERSAO DO CONDUTOR 01										
<p>Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Cajepe/Centro Administrativo, no momento que o mesmo foi adiantar um pouco o veículo a via A para ter a visão do fluxo por causa dos veículos que estavam estacionados a sua direita, vindo a atra paixão a sua visão da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, esperou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a abalar, ocorrendo o sinistro.</p>										
CONDUTOR 02										
Nome <b>José Jordão de Sá</b>	Sexo	Masculino	Nascimento	RG	210521					
Endereço Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB – Tel.(083)98851-8051										
1º Habilitação 22-02-1987	Categoria AB	Registro CNH N. 02817386513	U.F. Ex-med./Dia PB Sim	Data Vencimento 18-02-2018	Usava cinto	Usava Capacete				
Exame de Embriaguez Alcoólica Não					Sim	-				
DESTINO DO CONDUTOR <b>Socorrido ao Hospital</b>										
VEÍCULO 02										
Marca <b>Lioncin Dank</b>	Especie Motocicleta	Placa OFY-6764	Categoria Particular	Município João Pessoa	UF PB					
Nome do Proprietário <b>José Jordão de Sá</b>	Endereço DPVAT	Documento 012297862603	Renavan Nº 00532168798	Data da Emissão 29-04-2016						
Defeitos Nada constatado										
VERSAO DO CONDUTOR 02										
<p>Condutor declarou no Epiran no dia 27-04-2017 às 11:10h e disse que: trafegava na via A faixa da direita sentido Centro/Rangel, momento que ao cruzar com a via B, foi atingido pelo V1 que avançou a placa PARE, ocasionando o acidente.</p>										





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)

BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

VITIMA 01

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0253 - 2017

Nome: José Iordan de Sá

Enderroço: Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.

Viajava no Veículo Nº 02

Usava Cinto

Condutor da Vítima: Conduzida Para

Hospital de Trauma

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: há placa PARE na via B, o condutor 02 foi conduzido ao Trauma com escoriações e fratura na perna esquerda. Socorrido pela USB 03, Enfermeiro Aguiar, CORE: 106296. O V2 foi removido ao Bpiran para complemento de laudo. O sítio do acidente se deu no cruzamento das vias na faixa do V2.

**ACIDENTE DE TRÂNSITO URBANO**

**CONFORMIDADE COM O ORIGEM**

**DATA:** 15/05/2017

**ADRIANO GOMES ARAÚJO**

**Assinado por:** Adriano Gomes Araújo

**Responsável pelo Levantamento:** Adriano Gomes Araújo

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**

**Assinado por:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**Responsible for the Survey:** Rosângela Oliveira de Souza 3ºSgt PM

**DATA:** 15/05/2017

**FEV. 2018**



## CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0253/2017

### AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Frei Marinho 12,00metros

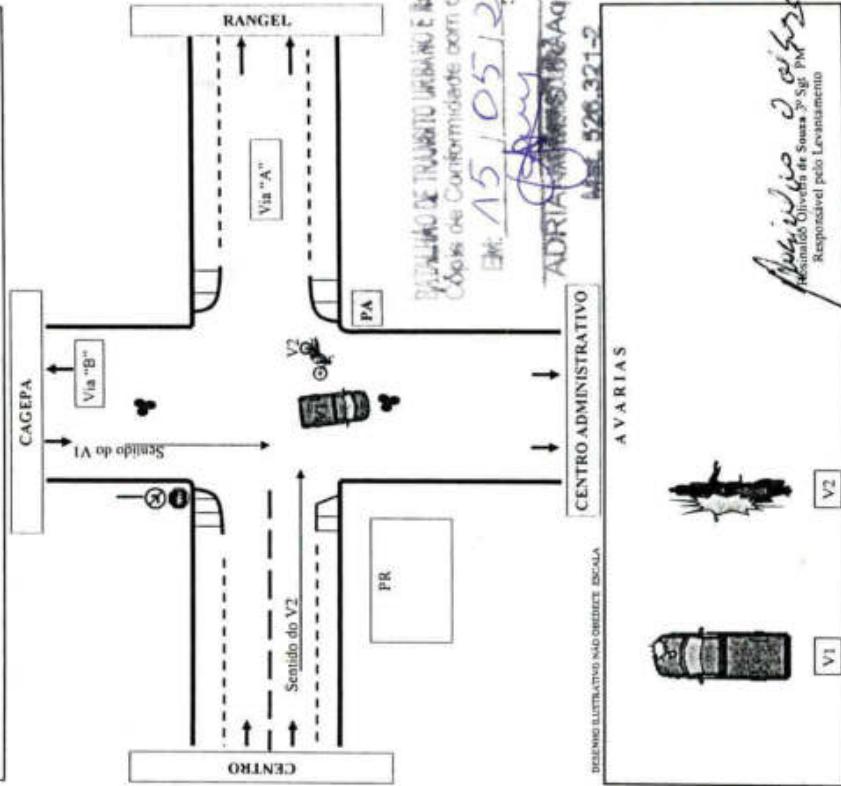
VIA "B" - Rua Prefeito Osvaldo Pessoa 10,00metros

PR (Ponto de Referência) Centro Administrativo

PA (Ponto de Amarração) Posto da Energisa

V1 (Veículo 01) Enros Dianheiro Esquerdo 05,90 e Traseiro Esquerdo 07,00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Enros Dianheiro Esquerdo 06,30 e Traseiro Esquerdo 05,30 metros para (PA)



1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>

Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 13



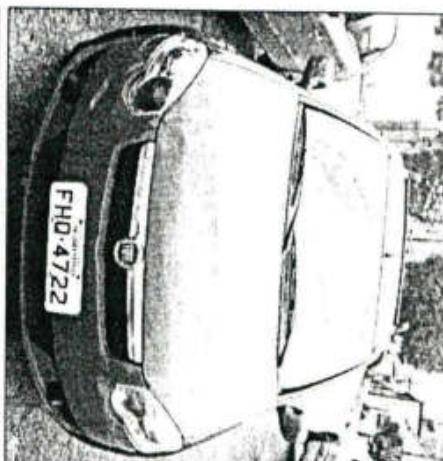
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



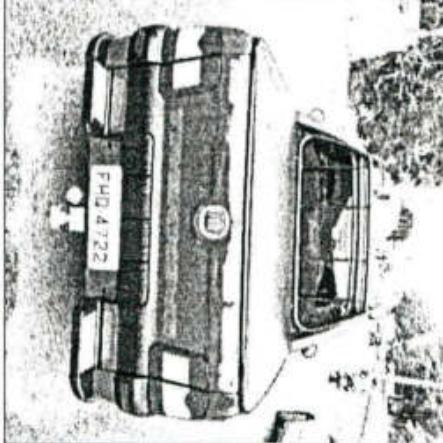
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0263/2017

FOTOS DO V1

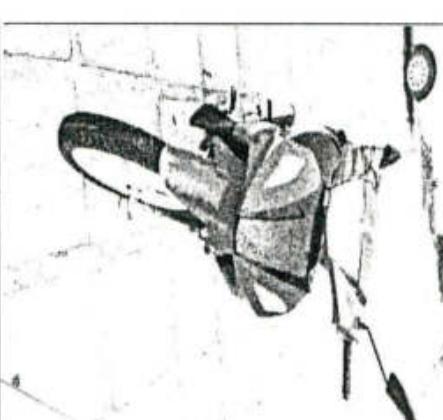
FRENTE (V1)



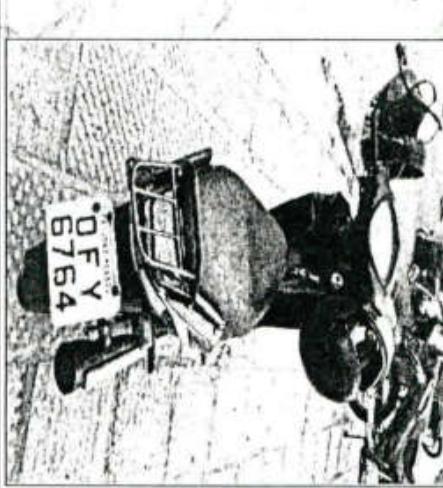
TRASEIRA (V1)



FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



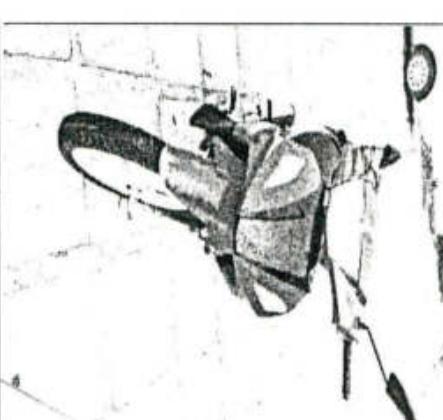
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



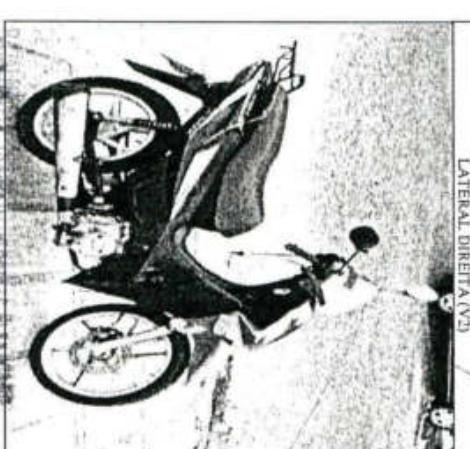
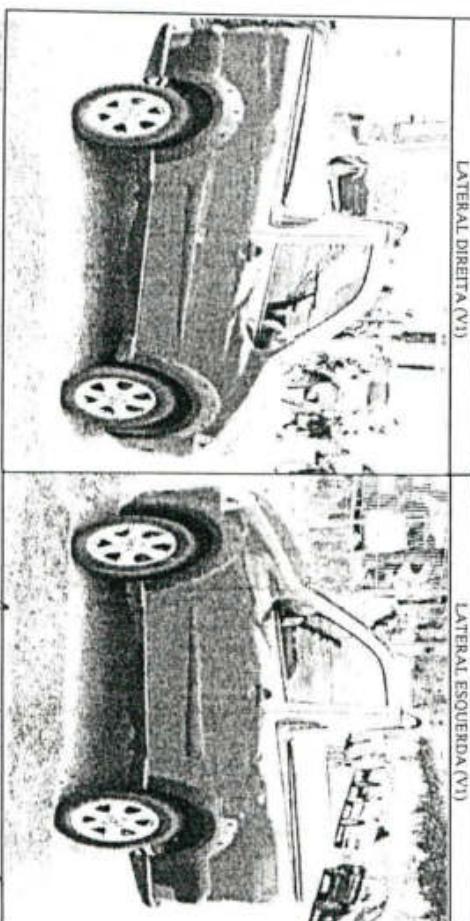
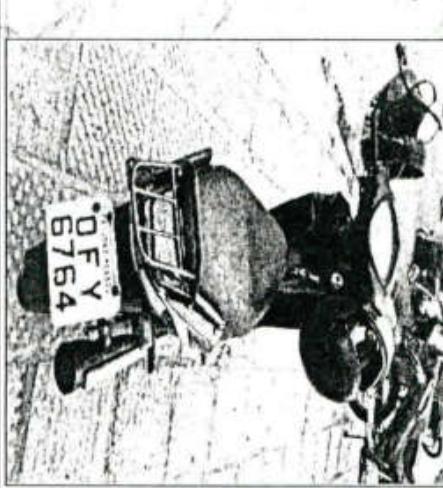
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0263/2017

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



Comando de Policiamento da Região Metropolitana (CPR-I / CPR-II)

Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário (BPTU)

2

Ronaldo Oliveira de Souza - Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento

15/05/2017

Suelio Moreira Torres - Supt PM  
Responsável pelo Levantamento



## 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

José Inácio de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

30-04-17

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

José Inácio de Sá

Local e Data

José Inácio de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALLO01 V001/2017





## 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

José Inácio de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

30-04-17

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

José Inácio de Sá

Local e Data

José Inácio de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALLO01 V001/2017





## 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

José Inácio de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

30-04-17

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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.

José Inácio de Sá \_\_\_\_\_

Local e Data

José Inácio de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALLO01 V001/2017



23/11/2017

- TMed



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 993033

**Identificação do paciente**

ID 1159140	Nome <b>JOSE IORDAN DE SA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>EMERENCIANA GOMES DE SA</b>				Pai <b>GILSON DE OLIVEIRA SA</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32216630	
Tipo documento CNH	Número documento 02817388513	Nº Cns 705807470038432		
Local de procedência JAGUARIBE		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

**Endereço**

CEP 58015120	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro Doutor Silvino Nóbrega
Número 130	Complemento		Bairro Jaguaribe

**Admissão**

Data e Hora 10/04/2017 10:41:09	Número da pulseira <b>1000005967727</b>	Convênio SUS	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por <b>MAYARA ANA LACERDA</b>	Tempo 19seg

**Imprimir**

23/11/2017

- TMed



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 993033

**Identificação do paciente**

ID 1159140	Nome <b>JOSE IORDAN DE SA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>EMERENCIANA GOMES DE SA</b>				Pai <b>GILSON DE OLIVEIRA SA</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32216630	
Tipo documento CNH	Número documento 02817388513	Nº Cns 705807470038432		
Local de procedência JAGUARIBE		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

**Endereço**

CEP 58015120	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro Doutor Silvino Nóbrega
Número 130	Complemento		Bairro Jaguaribe

**Admissão**

Data e Hora 10/04/2017 10:41:09	Número da pulseira <b>1000005967727</b>	Convênio SUS	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por <b>MAYARA ANA LACERDA</b>	Tempo 19seg

**Imprimir**

23/11/2017

## Ato declaratório

22/11/2017

- TiMed



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 993033



## Identificação do paciente

ID 1159140	Nome <b>JOSE IORDAN DE SA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>EMERENCIANA GOMES DE SA</b>				Pai <b>GILSON DE OLIVEIRA SA</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32216630	
Tipo documento CNH	Número documento 02817386513	Nº Cns <b>705807470038432</b>		
Local de procedência <b>JAGUARIBE</b>		Type <b>BAIRRO</b>	UF PB	
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>	CBO/R		

## Endereço

CEP 58015120	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro Doutor Silvino Nóbrega
Número 130	Complemento	Bairro Jaguaribe	

## Admissão

Data e Hora 10/04/2017 10:41:09	Número da pulseira <b>1000005967727</b>	Convênio SUS	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasoundografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	----------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
**MAYARA ANA LACERDA**

Imprimir

1/1

://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&amp;id=993033



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102

Número do documento: 21063021092353900000042929102

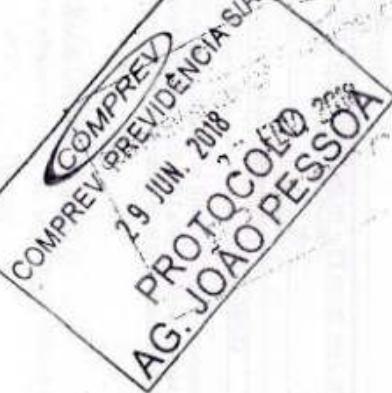
Num. 45170131 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT									
DADOS DO ACIDENTE									
Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>ROGINALDO OLIVEIRA DE SOUZA</b>								
0253 - 2017	Rua Avenida Cruzamento, Rodovia, KM. Trecho de Rodovia:	Horário	Bairro	Posto/Graduação:					
Rua Frei Martins / Prefeito Ovaldo Pessoa	09: 00	Jaguaribe		3SGT / PMI					
Data/Ocorrência	Day da Semana	Câ. Vídeo (S/N)	Natureza do Acidente	Type de pavimento	Município	UF			
10-04-2017	Segunda-Feira	Com	Abaixamento	Asfalto	João Pessoa	PB			
Envolvidos no acidente (Quantidade): 02 veículos	Condições/Via Centro do trânsito no local Crazeamento com Via de Sentido Único								
Name	Sexo	Nascimento	RG						
<b>Francisco Ornan Ferreira Nobre</b>	Masculino	28-02-1951	153999						
Endereço	Registro CNH N°	UF	Exped./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete			
1º Habilitação 28-10-1977	AB	0053493411	PB	Sim	Sim	-			
Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor								
Não	Permaneceu no Local								
Marca	Especie	Pista	Categoria	Município	UF				
<b>Fiat Strada</b>	Caminhonete	FHQ-4722	Particular	João Pessoa	PB				
Nome do Proprietário	VEÍCULO 01								
<b>Francisco Ornan Ferreira</b>	Brifete Nº	Renavam Nº							
Seguradora	012896213513	0050772611							
DPVAT	Data da Emissão								
Defeitos	04-01-2017								
Nada constatado									
VERSAO DO CONDUTOR 01									
Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Cagepa/Centro Administrativo, no momento que o mesmo foi adiantar um pouco o veículo o veículo a via A para ter à vista do fluxo por causa dos veículos que estavam estacionados a sua direita, vindo a atrapalhar a sua visão da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, esperou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a atingir, conjecturando o sinistro.									
Name	Sexo	Nascimento	RG						
<b>José Iordan de Sá</b>	Masculino	04-10-1949	210521						
Endereço	Registro CNH N°	UF	Exped./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete			
Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe	AB	02817386513	PB	Sim	Sim	-			
1º Habilitação 22-02-1987	Destino do Condutor								
Exame de Embriaguez Alcoólica	Socorrido ao Hospital								
Não									
Marca	Especie	Pista	Categoria	Município	UF				
<b>Loncin Dank</b>	Motocicleta	OFY-6764	Particular	João Pessoa	PB				
Seguradora	Brifete Nº	Renavam Nº							
DPVAT	01229-786-2603	00532168798							
Defeitos	Data da Emissão								
Nada constatado	29-04-2016								
VERSAO DO CONDUTOR 02									
Condutor declarou no Bptan no dia 27-04-2017 às 11:10h e disse que: trafegava na via A faixa da direita sentido Centro/Rangel, momento que ao cruzar com a via B, foi atingido pelo V1 que avançou a placa PARE,									





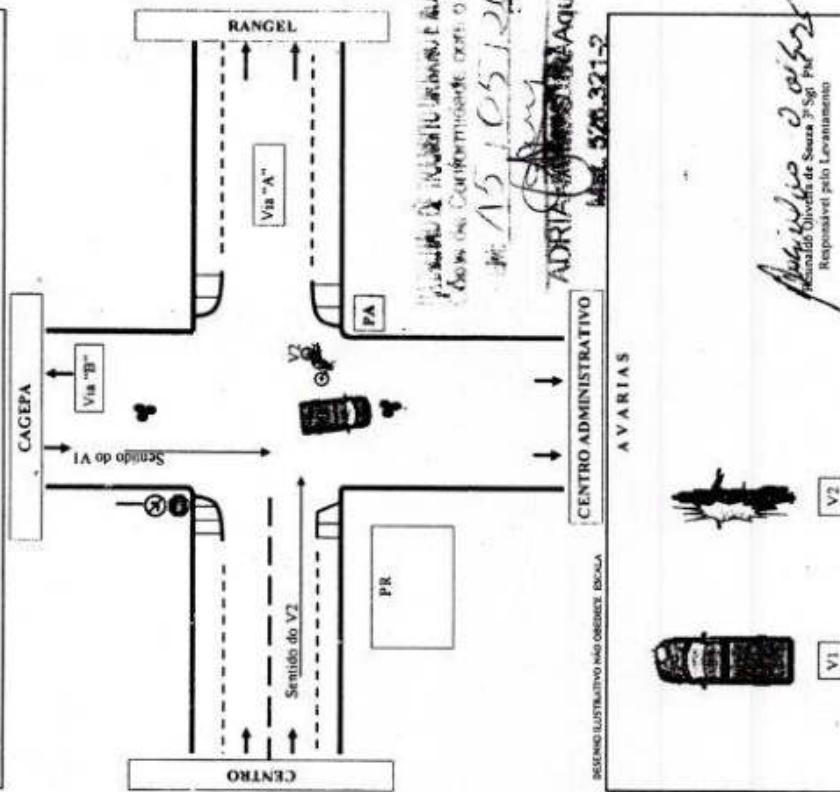
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO - BOAT

CRONOGRAMA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0253/2017

IMAGENS

VIA "A" - Rua Frei Martinho 12,00 metros

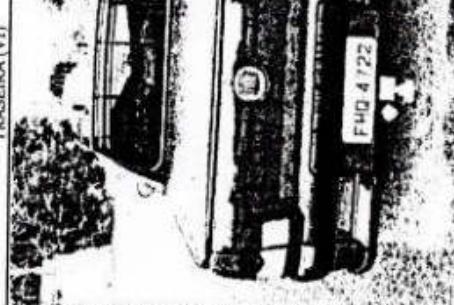
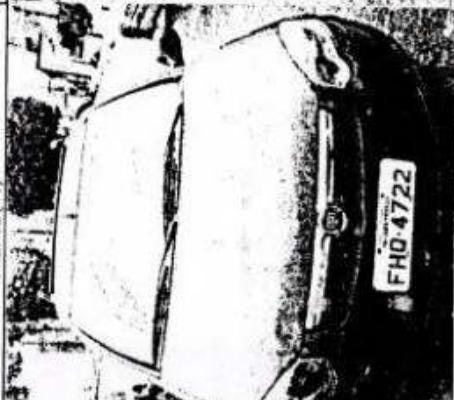
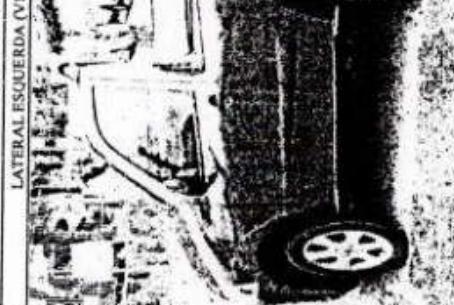
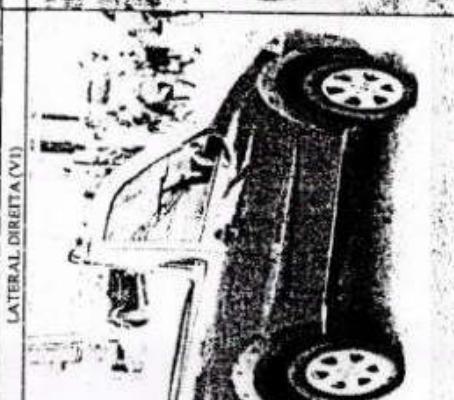
(PA) 01) Elmos Diamante Esquerdo 07/00 metros para (PA)  
(PA) 02) Elmos Diamante Esquerdo 06/30 e Traçado Esquerdo 05/30 metros para (PA)

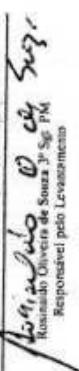


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO N° 0253/2017	
FOTOS DO V2	
FRENTE (V2)	
TRASEIRA (V2)	
LATERAL DIREITA (V2)	
LATERAL ESQUERDA (V2)	



J. Neurosci., November 1, 2006 • 26(44):11662–11673 • 11673  
Sousa et al. • Reciprocal Involvement of the Amygdala and Hippocampus in the Control of Fear

BOLETIM DE OCORRÉNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0253/2017	
COMANDO DE POLICIAMENTO DO ESTADO DA PARAÍBA BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT	
 <p><b>FRETE (V1)</b></p>	
 <p><b>TRASEIRA (V1)</b></p>	
 <p><b>LATERAL ESQUERDA (V1)</b></p>	
 <p><b>LATERAL DIREITA (V1)</b></p>	
<p><b>FOTOS DO V1</b></p>	



Responsável pelo levantamento

-1-

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

<http://pie.tipb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106302109235390000042929102>

Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 24

 <b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO</b> <b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO - BOAT</b>	<b>COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPR-II)</b> <b>CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VÉHICULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0253 - 2017</b>																																																																																
	<b>DANOS NO V1</b> <b>Responsável pelo Preenchimento:</b> <b>3º Sgt De Souza</b> <b>Data:</b> <b>10-04-2017</b>																																																																																
<b>Marca/Modelo:</b> <b>Fiat Strada</b>	<b>Placa:</b> <b>FHQ-4722</b>	<b>AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE</b> <b>PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE</b>																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Nome da Peça</th> <th>Avaliação</th> <th>Item</th> <th>Nome da Peça</th> <th>Avaliação</th> <th>Item</th> <th>Nome da Peça</th> <th>Avaliação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Palmeira faróis</td> <td>Sim</td> <td>02</td> <td>Longarina dianteira esquerda</td> <td>X</td> <td>03</td> <td>Caixa de roda dianteira esquerda</td> <td>X</td> <td>04</td> <td>Estrutura da coluna dianteira esquerda</td> <td>X</td> <td>05</td> <td>Air Bagas frontais</td> <td>X</td> <td>06</td> <td>Air Baga laterais</td> <td>X</td> <td>07</td> <td>Estrutura da coluna dianteira esquerda</td> <td>X</td> <td>08</td> <td>Estrutura da coluna central esquerda</td> <td>X</td> <td>09</td> <td>Estrutura da coluna dianteira esquerda</td> <td>X</td> <td>10</td> <td>Caixa de roda traseira esquerda</td> <td>X</td> <td>11</td> <td>Assento central dianteiro</td> <td>X</td> <td>12</td> <td>Longarina traseira esquerda</td> <td>X</td> <td>13</td> <td>Assento traseiro molas ou cachaça</td> <td>X</td> <td>14</td> <td>Longarina traseira direita</td> <td>X</td> <td>15</td> <td>Cabos de roda traseira direita</td> <td>X</td> <td>16</td> <td>Estrutura da coluna traseira direita</td> <td>X</td> <td>17</td> <td>Estrutura da coluna sobrealta direita</td> <td>X</td> <td>18</td> <td>Estrutura da coluna central direita</td> <td>X</td> <td>19</td> <td>Estrutura da coluna dianteira direita</td> <td>X</td> <td>20</td> <td>Assento central dianteiro</td> <td>X</td> <td>21</td> <td>Cabos de roda dianteira direita</td> <td>X</td> <td>22</td> <td>Longarina dianteira direita</td> <td>X</td> </tr></tbody> </table> <p><b>Observações:</b>  <b>(Nº) DANO DE PEQUENA MONTA</b></p>							Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação	01	Palmeira faróis	Sim	02	Longarina dianteira esquerda	X	03	Caixa de roda dianteira esquerda	X	04	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X	05	Air Bagas frontais	X	06	Air Baga laterais	X	07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X	08	Estrutura da coluna central esquerda	X	09	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X	10	Caixa de roda traseira esquerda	X	11	Assento central dianteiro	X	12	Longarina traseira esquerda	X	13	Assento traseiro molas ou cachaça	X	14	Longarina traseira direita	X	15	Cabos de roda traseira direita	X	16	Estrutura da coluna traseira direita	X	17	Estrutura da coluna sobrealta direita	X	18	Estrutura da coluna central direita	X	19	Estrutura da coluna dianteira direita	X	20	Assento central dianteiro	X	21	Cabos de roda dianteira direita	X	22	Longarina dianteira direita	X
Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação																																																																									
01	Palmeira faróis	Sim	02	Longarina dianteira esquerda	X	03	Caixa de roda dianteira esquerda	X	04	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X	05	Air Bagas frontais	X	06	Air Baga laterais	X	07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X	08	Estrutura da coluna central esquerda	X	09	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X	10	Caixa de roda traseira esquerda	X	11	Assento central dianteiro	X	12	Longarina traseira esquerda	X	13	Assento traseiro molas ou cachaça	X	14	Longarina traseira direita	X	15	Cabos de roda traseira direita	X	16	Estrutura da coluna traseira direita	X	17	Estrutura da coluna sobrealta direita	X	18	Estrutura da coluna central direita	X	19	Estrutura da coluna dianteira direita	X	20	Assento central dianteiro	X	21	Cabos de roda dianteira direita	X	22	Longarina dianteira direita	X																
<b>AVALIAÇÃO POR DANO:</b> Quantidade de peças estruturais seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA Quantidade de peças estruturais seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA Quantidade de peças estruturais seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA <b>DANOS NO V2</b>																																																																																	
<b>Marca/Modelo:</b> <b>Loncin Dakar</b>	<b>Placa:</b> <b>OFY-6764</b>	<b>MOTOCICLETA</b> <b>PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE</b>																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Nome da Peça</th> <th>Avaliação</th> <th>Item</th> <th>Nome da Peça</th> <th>Avaliação</th> <th>Item</th> <th>Nome da Peça</th> <th>Avaliação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Gardo dianteiro</td> <td>Sim</td> <td>02</td> <td>Mesa Superior da suspensão dianteira</td> <td>X</td> <td>03</td> <td>Mesa inferior da Suspensão dianteira</td> <td>X</td> <td>04</td> <td>Coluna de direção</td> <td>X</td> </tr></tbody> </table> <p><b>Observações:</b>  <b>(Nº) DANO DE PEQUENA MONTA</b></p>							Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação	01	Gardo dianteiro	Sim	02	Mesa Superior da suspensão dianteira	X	03	Mesa inferior da Suspensão dianteira	X	04	Coluna de direção	X																																																						
Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação																																																																									
01	Gardo dianteiro	Sim	02	Mesa Superior da suspensão dianteira	X	03	Mesa inferior da Suspensão dianteira	X	04	Coluna de direção	X																																																																						
<b>AVALIAÇÃO POR DANO:</b> Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA																																																																																	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 25

23/11/2017

- TMed



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 993033

**Identificação do paciente**

ID 1159140	Nome <b>JOSE IORDAN DE SA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>EMERENCIANA GOMES DE SA</b>				Pai <b>GILSON DE OLIVEIRA SA</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32216630	
Tipo documento CNH	Número documento 02817388513	Nº Cns 705807470038432		
Local de procedência JAGUARIBE		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

**Endereço**

CEP 58015120	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro Doutor Silvino Nóbrega
Número 130	Complemento		Bairro Jaguaribe

**Admissão**

Data e Hora 10/04/2017 10:41:09	Número da pulseira <b>1000005967727</b>	Convênio SUS	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por <b>MAYARA ANA LACERDA</b>	Tempo 19seg

**Imprimir**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IORDAN DE SA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01234-3

CONTA: 000000036860-1

---

Nr. da Autenticação 5AB96601BF5701F5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 27



86680000013-9 16350868063-0 90000000059-7 26628000000-8

Agência/Código Beneficiário	Número do Documento	Nosso Número	Autenticação Mecânica / Casa Lotérica
2938/026357-7	1800016186	109/05926628-0	01/02/2018
			1.316,35



UNIMED JOÃO PESSOA  
AV. MARECHAL DEODORO 420 - TORRE - JOÃO PESSOA - PB  
CEP: 58040-910 FONE: 0800.725.1200 FAX: (83) 3241.4359

ANS N° 321044

CLIENTE  
82966 - EMERECIANA GOMES DE SA  
RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130  
JAGUARIBE  
58015-120 JOAO PESSOA - PB

Nº Contrato

VENCIMENTO

VALOR

02/00045784

01/02/2018

1.316,35

MENSALIDADE BÁSICA 1.316,35 C

Relação de débitos:

Itau Banco Itaú SA	341-7	RECIBO DO PAGADOR				
Beneficiário		Valor do Documento	Juros e Correção	Desconto	Outras	Valor a pagar
UNIMED JOÃO PESSOA		1.316,35				
Agência/Código Beneficiário		Número do Documento	Nosso Número	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
2938/026357-7		1800016186	109/05926628-0			

Itau Banco Itaú SA	341-7	34191.09057 92662.802930 82635.770009 8 74220000131635			
LÓGICO DO PAGAMENTO					
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ					
BENEFICIÁRIO					
UNIMED JOÃO PESSOA - CNPJ: 08.680.639/0001-77					
DATA DO DOCUMENTO		Nº DO DOCUMENTO	ESPECIE DO DOC	ACÉITE	DATA DO PROCESSAMENTO
17/01/2018		1800016186	12	N	26/01/2018
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apos o vencimento pagar no banco Itau e Lotericas.</li> <li>- Nao receber apois 90 dias do vencimento.</li> <li>- Nao cobrar Multa e Juros. Os encargos financeiros (Multa de 2,00%) e (Juros de 0,033% ao dia) decorrentes do pagamento apois o vencimento serao cobrados na proxima fatura.</li> </ul>					
PAGADOR			VENCIMENTO		
82966 - EMERECIANA GOMES DE SA - CPF: 839.511.994-15 RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130 JAGUARIBE 58015-120 JOAO PESSOA - PB			01/02/2018		
			AGÊNCIA/CÓD. DO BENEFICIÁRIO		
			2938/026357-7		
			NOSSO NÚMERO		
			109/05926628-0		
			VALOR DO DOCUMENTO		
			1.316,35		
			(-) DESCONTO/ABATIMENTO		
			(-) OUTRAS DEDUÇÕES		
			(+/-) MULTA/MORA		
			(+/-) OUTROS ACRESCIMOS		
			(+/-) VALOR COBRADO		
			22 FEV. 2018		
			PROTACON		
			No. Contrato: 02/00045784		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO					



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102

Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 28

Fatura Mensal	Vencimento da Fatura	Total da fatura	Pagamento à vista																																																							
Número do Cartão 526965XXXXX3655 Atendimento a Clientes: 40549009 Demais Localidades: 0800 9409009	28/10/2017	R\$ 50,00	R\$ 50,00																																																							
<b>ATENÇÃO:</b> Em caso de pagamento inferior ao valor total, o trânsito deve ser feito com a taxa de 10% aportados nessa fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valem multas e encargos em casos de pagamento menor que o vencimento R\$ 5,00.																																																										
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 19/11/2017																																																										
<b>Demonstrativo</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Descrição</th> <th>Créditos/Páis</th> <th>Valor US\$</th> <th>Créditos/Dólar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13/09</td> <td>TOTAL DA FATURA ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28/10</td> <td>GERADO PELO PAGAMENTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Subtotal Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Movimentações Nacionais</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 01/04</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Subtotal Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Internacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total da Fatura</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Data	Descrição	Créditos/Páis	Valor US\$	Créditos/Dólar	13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR				28/10	GERADO PELO PAGAMENTO					Subtotal Nacional					JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655					Movimentações Nacionais					13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 01/04					Subtotal Nacional					Total Nacional					Total Internacional					Total da Fatura			
Data	Descrição	Créditos/Páis	Valor US\$	Créditos/Dólar																																																						
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR																																																									
28/10	GERADO PELO PAGAMENTO																																																									
	Subtotal Nacional																																																									
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655																																																									
	Movimentações Nacionais																																																									
	13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 01/04																																																									
	Subtotal Nacional																																																									
	Total Nacional																																																									
	Total Internacional																																																									
	Total da Fatura																																																									

  
**CTC BRASIL FERIA**  
**JOSE EDUARDO DA SILVA**  
**AV MARIA ROSA 58**  
**MANAÍRA**  
**58038-480 JOÃO PESSOA PB**  
  
 7211307021 98688 2100044794 35 171017  
 Verificação: 28/10/2017 Prazo: 17/11/17 Emissão: 13/10/2017

**Descrição das Taxas do Programa de Pontos Bradesco**  
 Salvo Disponível | Pontos a Esparar |  
 13274 | 1330 |

**Encargos**  
 MULTA 2,00%  
 MIOCA 1,00%  
 SICREDI 0,00%



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
 Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 29



86680000013-9 16350868063-0 90000000059-7 26628000000-8

Agência/Código Beneficiário		Número do Documento	Nosso Número	Vencimento	Autenticação Mecânica / Casa Lotérica
					Valor do Documento
2938/026357-7		1800016186	109/05926628-0	01/02/2018	1.316,35



**UNIMED JOÃO PESSOA**  
AV. MARECHAL DEODORO 420 - TORRE - JOÃO PESSOA - PB  
CEP: 58040-910 FONE: 0800.725.1200 FAX: (83) 3241.4359

**ANS N° 321044**

**CLIENTE**

82966 - EMERECIANA GOMES DE SA  
RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130  
JAGUARIBE  
58015-120 JOAO PESSOA - PB

**Nº Contrato**

**02/00045784**

**VENCIMENTO**

**01/02/2018**

**VALOR**

**1.316,35**

**MENSALIDADE BÁSICA**

1.316,35 C

Relação de débitos:

<b>Itau Banco Itaú SA</b>	<b>341-7</b>	<b>RECIBO DO PAGADOR</b>				
Beneficiário		Valor do Documento	Juros e Correção	Desconto	Outras	Valor a pagar
UNIMED JOÃO PESSOA		1.316,35				
Agência/Código Beneficiário		Número do Documento	Nosso Número	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
2938/026357-7		1800016186	109/05926628-0			

<b>Itau Banco Itaú SA</b>	<b>341-7</b>	<b>34191.09057 92662.802930 82635.770009 8 74220000131635</b>				
LÓGICO DO PAGAMENTO		VENCIMENTO <b>01/02/2018</b>				
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ						
BENEFICIÁRIO		AGÊNCIA/CÓD. DO BENEFICIÁRIO <b>2938/026357-7</b>				
UNIMED JOÃO PESSOA - CNPJ: 08.680.639/0001-77		NOSSO NÚMERO <b>109/05926628-0</b>				
DATA DO DOCUMENTO		Nº DO DOCUMENTO	ESPECIE DO DOC	ACÉITE	DATA DO PROCESSAMENTO	
17/01/2018		1800016186	12	N	26/01/2018	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apos o vencimento pagar no banco Itau e Lotericas.</li> <li>- Nao receber apos 90 dias do vencimento.</li> <li>- Nao cobrar Multa e Juros. Os encargos financeiros (Multa de 2,00%) e (Juros de 0,033% ao dia) decorrentes do pagamento apois o vencimento serao cobrados na proxima fatura.</li> </ul>						
<span style="font-size: small;">COMPROVANTE DE PAGAMENTO</span> <span style="font-size: small;">22 FEV. 2018</span> <span style="font-size: small;">PROTACON</span>						
PAGADOR		VALOR DO DOCUMENTO <b>1.316,35</b>				
82966 - EMERECIANA GOMES DE SA - CPF: 839.511.994-15 RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130 JAGUARIBE 58015-120 JOAO PESSOA - PB		(+) DESCONTO/ABATIMENTO				
		(+) OUTRAS DEDUÇÕES				
		(+) MULTA/MORA				
		(+) OUTROS ACRESCIMOS				
		(+) VALOR COBRADO				
No. Contrato: 02/00045784						



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO



Fatura Mensal	Vencimento da Fatura	Total da fatura	Pagamento à vista																																																							
Número do Cartão 526965XXXXX655 Atendimento a Clientes: 40549009 Demais Localidades: 0800 9409009	28/10/2017	R\$ 50,00	R\$ 50,00																																																							
<b>ATENÇÃO:</b> Em caso de pagamento inferior ao valor total, o trânsito deve ser feito com a taxa de 10% aportados nessa fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valem multas e encargos em casos de pagamento mínimo após o vencimento R\$ 5,00.																																																										
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 19/11/2017																																																										
<b>Demonstrativo</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Descrição</th> <th>Créditos/Páis</th> <th>Valor US\$</th> <th>Créditos/Dólar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13/09</td> <td>TOTAL DA FATURA ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28/10</td> <td>GERADO PELO PAGAMENTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Subtotal Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX655</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Movimentações Nacionais</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 01/04</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Subtotal Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Internacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total da Fatura</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Data	Descrição	Créditos/Páis	Valor US\$	Créditos/Dólar	13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR				28/10	GERADO PELO PAGAMENTO					Subtotal Nacional					JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX655					Movimentações Nacionais					13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 01/04					Subtotal Nacional					Total Nacional					Total Internacional					Total da Fatura			
Data	Descrição	Créditos/Páis	Valor US\$	Créditos/Dólar																																																						
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR																																																									
28/10	GERADO PELO PAGAMENTO																																																									
	Subtotal Nacional																																																									
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX655																																																									
	Movimentações Nacionais																																																									
	13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 01/04																																																									
	Subtotal Nacional																																																									
	Total Nacional																																																									
	Total Internacional																																																									
	Total da Fatura																																																									

  
**CTC BRASIL FERIA**  
**JOSE EDUARDO DA SILVA**  
**AV MARIA ROSA 58**  
**MANAÍRA**  
**58038-480 JOÃO PESSOA PB**  
  
**7211307021 98688 2100044794 35 171017**  
 Verificação: 28/10/2017 Prazo: 17/11/17 Entrega: 13/11/2017

**Descrição das Taxas do Programa de Pontos Bradesco**  
 Salvo Disponível | Pontos a Esparcer |  
 13274 | 1330 |

**Encargos**  
 Multa 2,00% | Multa 1,00% | Multa 0,50%





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
 Número do documento: 21063021092353900000042929102



AV MARIA ROSA, 00082  
MANAUS  
58036-460 - JOÃO PESSOA, PB

907/014527082  
CPF/CNPJ  
455.536.024-91

10/08/2018 154,99

Forma de Pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

**PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR**

001/004



### Minha NET:

- ④ EDI LARGA NET EMPRESAS
- 60 MEGA FID
- ④ FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL: 11

descrição	total
④ NET VIRTUA +	145,00
④ NET Fone	54,99
Itens Eventuais	-45,00

Valor total  
**154,99**

④ <b>NET VIRTUA +</b>
Mensalidade NET VIRTUA +
01/07/18 A 30/07/18 MENSALIDADE VIRTUA R\$0,145,00 EDI LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID
145,00
Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +
145,00
Total NET VIRTUA +
145,00

④ <b>NET Fone</b>
serviço
ASSINATURA
54,99
Total NET Fone
54,99

Itens Eventuais
Descartos/Cancelamentos
DESCONTO VIRTUAL MAIS VIRTUA
-45,00
Sub-Total Descartos/Cancelamentos
-45,00
Total Itens Eventuais
-45,00



**NET 50% OFF**  
NO CIRCUITO CULTURAL

**NET CINEART**

**Estações NET Cinema**

Aproveite o desconto em todas as atrações dos estúdios culturais.

NET NET  
NET CINEART Estações NET Cinema

Desconto em até 4 ingressos  
Desconto em até 2 ingressos

Acesse: [www.net.com.br](http://www.net.com.br) e confira!

- ! Para atendimento presencial consulte os endereços no site [net.com.br](http://net.com.br).  
- Evita o desembolso de seu cartão efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET não cobra taxa de boleto/BPC.  
- Para pagamento após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.  
Deficiente Auditivo e de Fala ligar 0800-721-7707 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado para dispositivo TDD (Dispositivo de Telecommunications para deficientes).  
Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, manutenção e compra de serviços (somente da ligação local).

Central de Relacionamento NET: 18621 e 0800-7217797  
(deficientes auditivas)  
Savida 08007018183

REGISTROS DE ATENDIMENTO  
9071025449476, 907102545171096,  
90710254371096, 907102542619336,  
907102542790167

### Autenticação Neodinâmica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após a vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos convencionais a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO GARRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCEDE, BANRIGUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CIFI,

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
<b>JOSE EDUARDO DA SILVA</b>	<b>NET SERVICOS 9070145270823</b>	<b>Julho/2018</b>	<b>10/08/2018</b>	<b>154,99</b>

**84640000001-0 54990296201-4 80810907000-9 00140585849-7**

Este é o valor da sua fatura de débito. O valor da sua fatura de débito é o valor da sua fatura de débito. O valor da sua fatura de débito é o valor da sua fatura de débito.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 32



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Jordam de Sa inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.514-00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Jose Jordam de Sa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.514-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

27 FEV. 2018

Recuso informar

PROT00010

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>José Maria Rosa</u>		<u>58</u>	-
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jhamaioré</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>alexandracesarvalente@hotmail.com</u>	<u>98663-4900</u>	<u>99105-5363</u>	

João Pessoa , 09 de Fevereiro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

DDRL.001 V001/2017





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Jordam de Sa inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.514-00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Jose Jordam de Sa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.514-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

27 FEV. 2018

Recuso informar

PROTÓCOLO

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>José Maria Rosa</u>		<u>58</u>	-
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jhamaioré</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>alexandracesarvalente@hotmail.com</u>	<u>98663-4900</u>	<u>99105-5363</u>	

João Pessoa , 09 de Fevereiro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

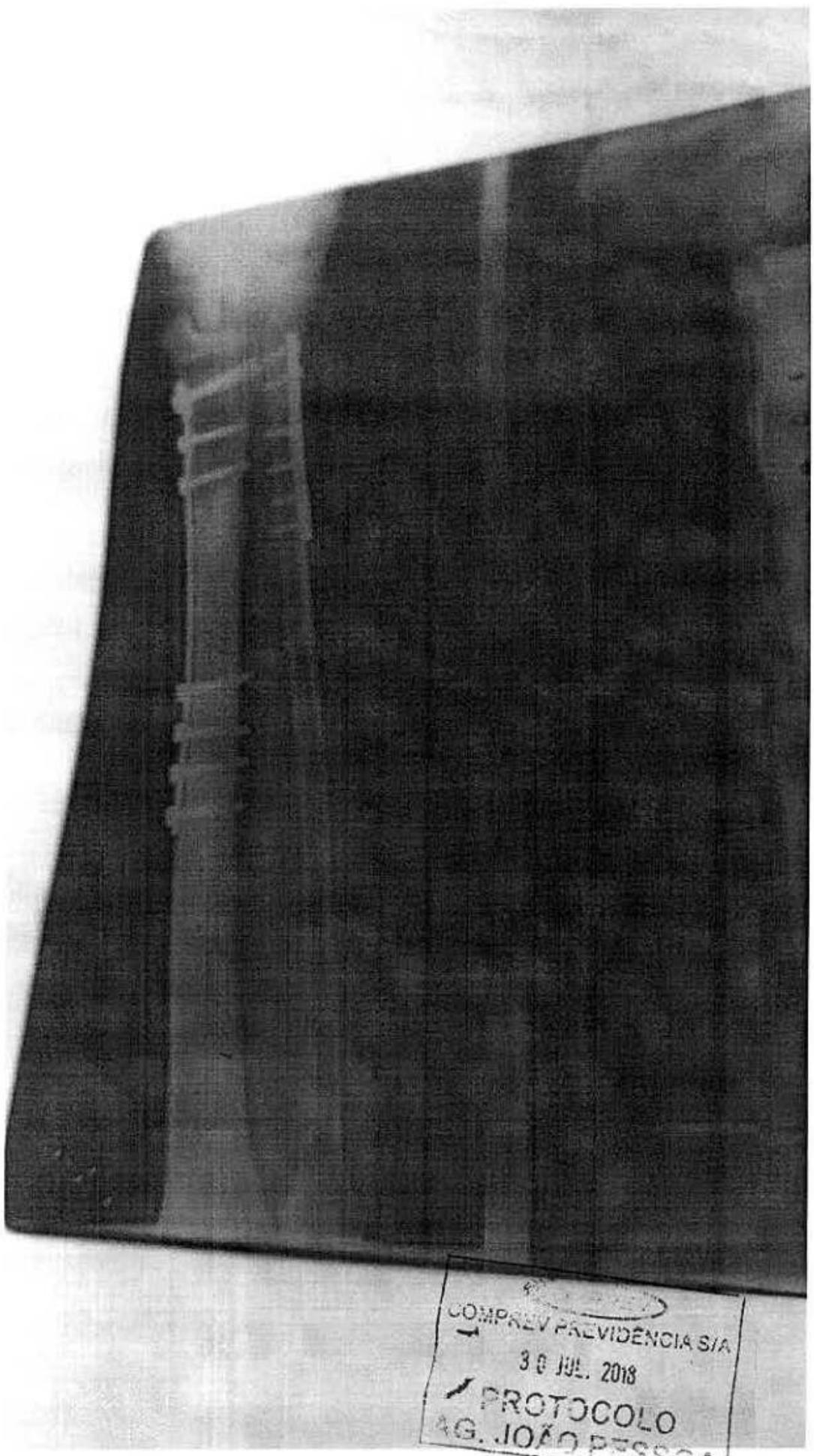
DDRL.001 V001/2017



REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS	
NÚMERO DO CADASTRO: 2399628	1-CPF 2-CGC 2102024340000128
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY	
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.	
BAIRRO: MANGABEIRA II	
PACIENTE: <i>Jui Jorge</i>	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA
ENDEREÇO: <i>Al Lai</i>	UF: PARAÍBA
BAIRRO:	IDENTIDADE: 210521 / IDADE: 68
DADOS CLÍNICOS	PAM: <input type="checkbox"/> ORIGEM: <input type="checkbox"/> SES: <input type="checkbox"/> SSM: <input type="checkbox"/>
MATERIAL A EXAMINAR	ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE
EXAMES SOLICITADOS: 17/7/18	<i>Re ferma e dor</i> <i>anormal</i>
DATA:	Dr. Roberto A. Santos M.D. - Traumatologista C.R.P. 1560 CARIMBO E ASSINATURA

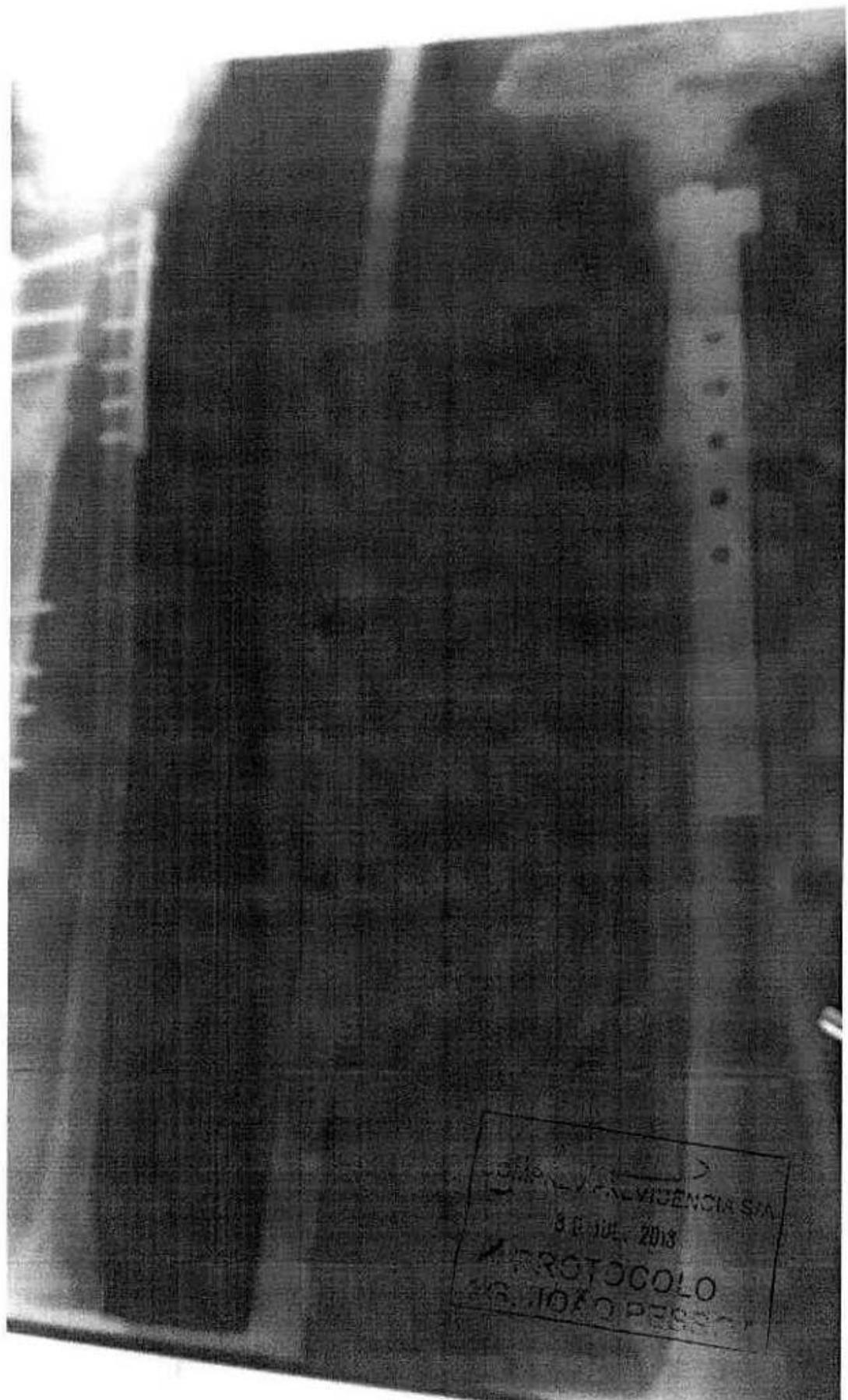
COMPROVATIVIDADE S/A  
1 30 JUL 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





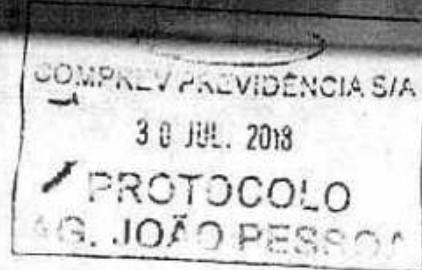
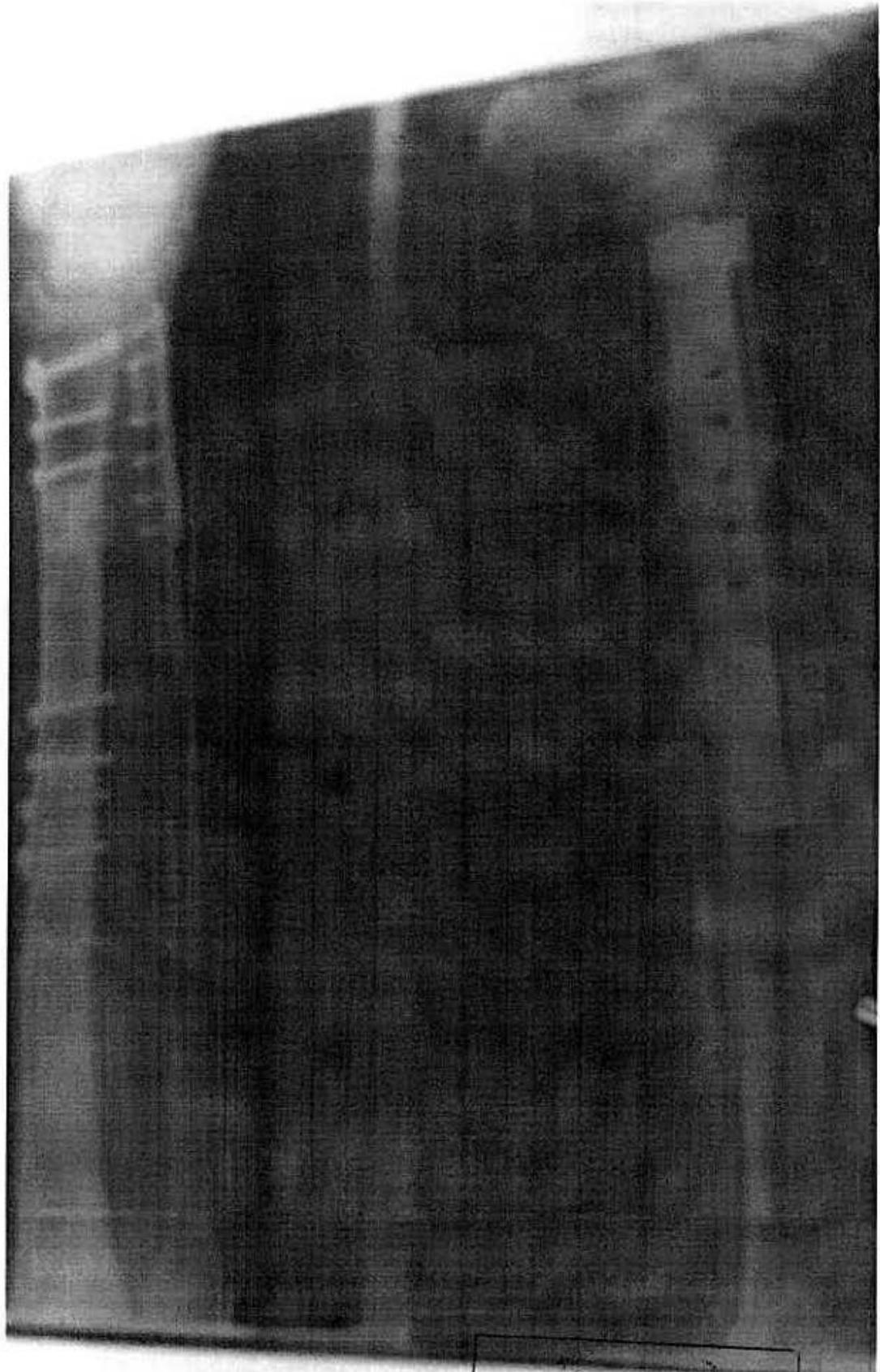
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 36



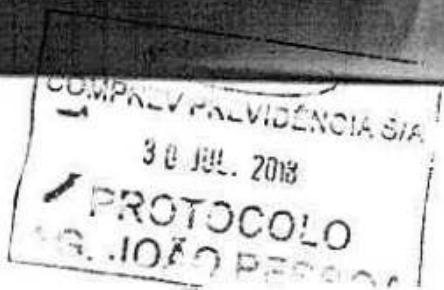
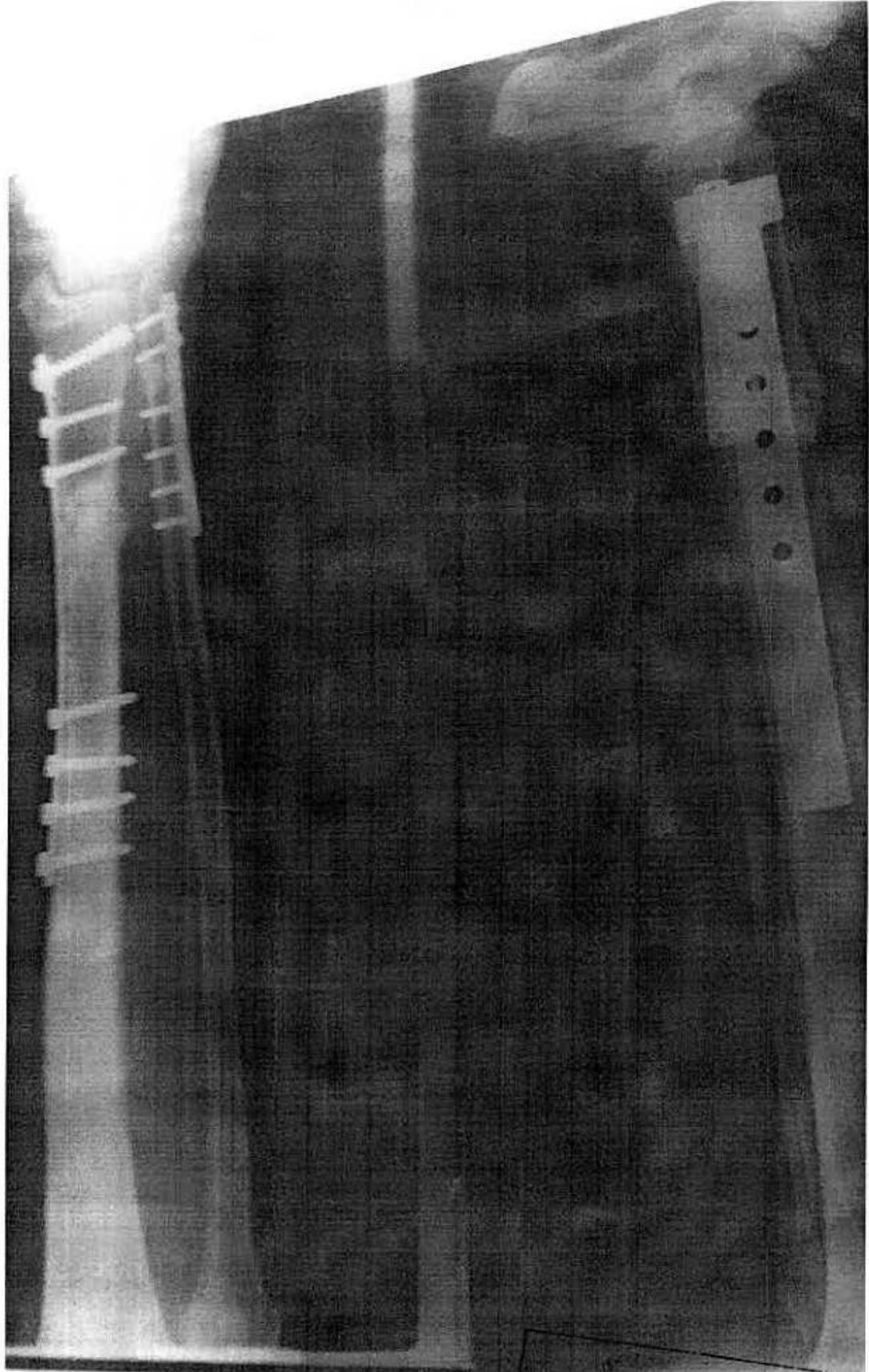
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 39



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA,, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA, JOAO PESSOA - PB,  
58031090  
Tel: 32165736  
CNES: 454561

Paciente <b>JOSE IORDAN DE SA</b>	BAE <b>993033</b>	Data/Hora Entrada <b>10/04/2017 10:41:09</b>	Data Saida <b>2017-04-12 16:27:11,0</b>
Data de nascimento <b>04/10/1949</b>	Idade <b>68</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705807470038432</b>
Mãe <b>EMERENCIANA GOMES DE SA</b>			Prontuário
Enderço <b>Doutor Silvino Nóbrega, 138</b>	Bairro <b>Jaguaribe</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GUSTAVO URQUISA LEITE</b>	Nº Cons. Regional <b>7429/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>12/04/2017 16:27:14</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/04/2017 10:51:14</b>	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE. NEGA TCE, DESMAIO OU VÔMITOS. ABCD, CERVICAL, TÓRAX, ABDOME E BACIA SEM ALTERAÇÕES AO EXAME PRIMÁRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII E APRESENTA FRATURA FECHADA EM Perna ESQUERDA E SUSPEITA DE FRATURA EM OMBRO DIREITO. NEGA IMUNIZAÇÃO CONTRA O TÉTANO.

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 AMPOLA

CETOPIROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

## CID10

21-04-2018

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

## Conduta

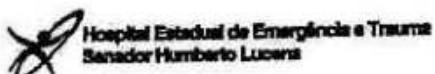
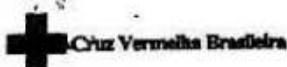
Em observação

## Alta Hospitalar

Usuário <b>CARLA FREDERICA LINS</b>	Data e Hora <b>12/04/2017 16:27:11</b>
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações

Boleto registrado por: MAYARA ANA LACERDA em 10/04/2017 10:41:28

72.18.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=24074&pesquisa=S&&idPai=&classe=PRESCRICAO&condut... 1/2



## ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JO<sup>O</sup> PESSOA, JOAO PESSOA - PB,  
58031090  
Tel: 32165736  
CNES: 454561

Paciente <b>JOSE IORDAN DE SA</b>	BAE 883033	Data/Hora Entrada 10/04/2017 10:41:09	Data Saída 2017-04-12 18:27:11,0
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68	Sexo Masculino	Teléfono de Contato (83) 32218830
Mãe <b>EMERENCIANA GOMES DE SA</b>			Prontuário
Endereço Doutor Silvino Nóbrega, 130	Bairro Jaguaribe	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 12/04/2017 16:27:14		Data/Hora Prescrição 10/04/2017 14:05:48	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE. NEGA TCE, DESMAIO OU VÔMITOS. ABCD, CERVICAL, TÓRAX, ABDOME E BACIA SEM ALTERAÇÕES AO EXAME PRIMÁRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII E APRESENTA FRATURA FECHADA EM Perna ESQUERDA E SUSPEITA DE FRATURA EM OMBRO DIREITO. NEGA IMUNIZAÇÃO CONTRA O TÉTANO.

#ORTO - AO EF: CREPITAÇÕES EM Perna ESQUERDA. DOR A MOBILIZAÇÃO OMBRO DIREITO. AO RX: FRATURA ACROMIO D + FRATURAS DE OSSOS DA Perna DISTAL ESQ. CD: "MJ" DIR. + TALA CRUROPODALICA ESQUERDA+ CURATIVOS + ENCAMINHO AO ORTOGRAFIA CONFORME PACTUAÇÃO. SAT OU TETANOGAMMA.

## CID10

Código	Descrição	COMPROVANTE DE ENTREGA
S82.9	Fratura da perna, parte não especificada	ENTREGUE

## Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

27 FEB. 2018

## Conduta

Em observação

## Alta Hospitalar

Usuário <b>CARLA FREDERICA LINS</b>	Data e Hora 12/04/2017 18:27:11
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

JOSE IORDAN DE SA

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS  
(CRM: 10575/PB)



**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**CRM/PB 11.289**

Paciente: JOSÉ IORDAN DE SÁ.

**LAUDO MÉDICO.**

O paciente JOSÉ IORDAN DE SÁ, foi vítima de acidente de trânsito em 10/04/2017, em decorrência do qual sofreu trauma em membro inferior esquerda, fratura na perna esquerda.

Constatado o trauma por exame de imagem o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura onde foram afixadas placas e 13 parafusos.

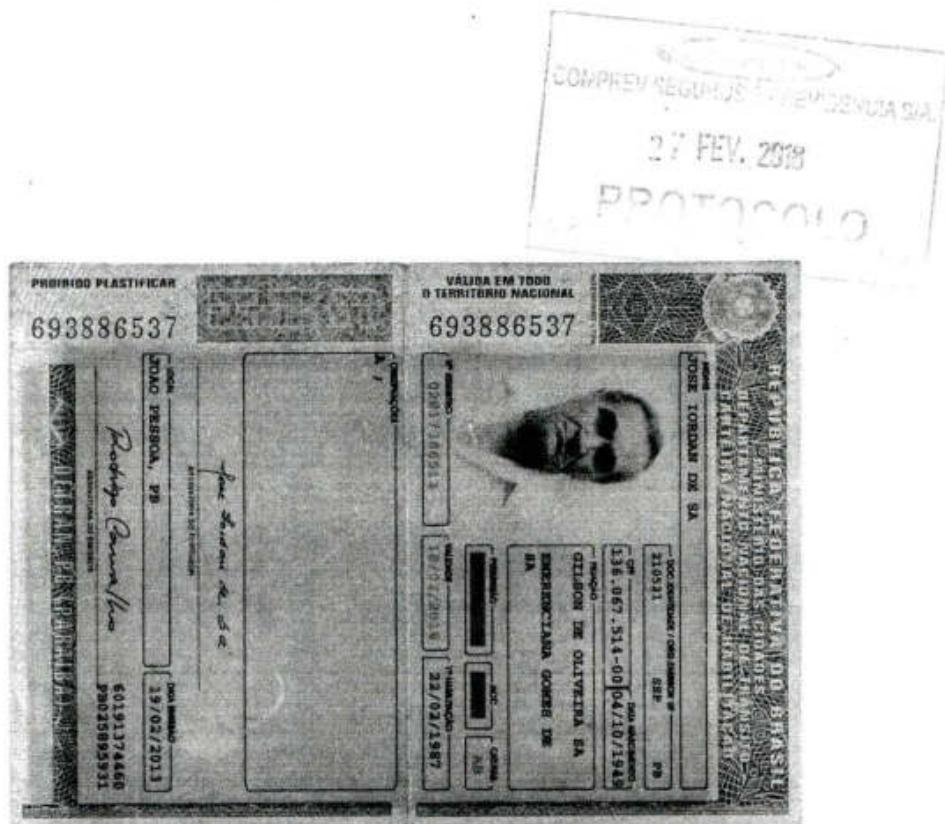
Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se significativa limitação nos movimentos em face da extensão das lesões sofridas, revelando sequelas no membro inferior esquerdo, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais da paciente.

CID 10: S82.9, T93

João Pessoa, 17 de agosto de 2018.

*[Assinatura]*  
Dra. Arleide Andrade Medeiros  
Médica  
CRM/PB 11.289





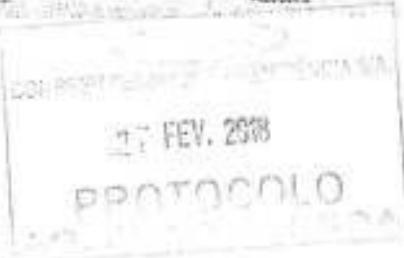
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

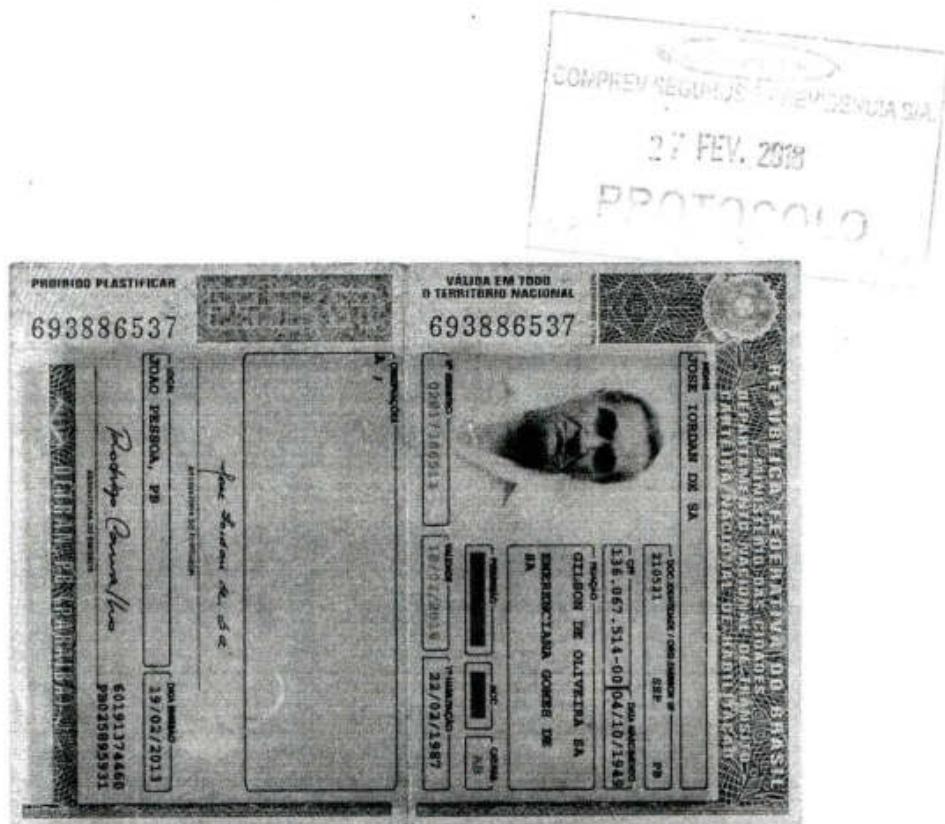
Num. 45170131 - Pág. 43



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
CONSELHO REGIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

0001  
JOÃO EDUARDO DA SILVA  
FRAZER  
12578  
JOSEPH GERVASIO DA SILVA  
ADVOGADO  
JOÃO PESSOA-PB  
RJ  
1.064.382 - ESPIRITO  
SANTO  
NÃO  
ANEXO: Documento Assinado - 10/04/2011  
VIA: MELOMAGISTER  
REVISADO





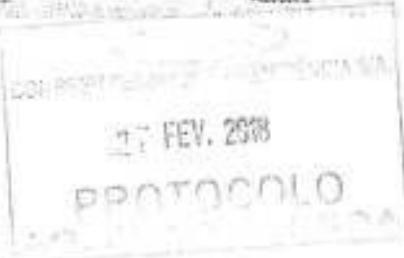
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 45



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
CONSELHO REGIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

0001  
JOÃO EDUARDO DA SILVA  
FRAZER  
12578  
JOSEPH GERVASIO DA SILVA  
ADVOGADO  
JOÃO PESSOA-PB  
RJ  
1.064.382 - ESPIRITO  
SANTO  
NÃO  
ANEXO: Documento Assinado - 10/04/2011  
VIA: MELOMAGISTER  
REVISADO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 46

SEGURO OBRIGATÓRIO DE PESSOAS CAUSADAS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM, ESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB № 012297862603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2016	29/04/2016	
VIA	PLACA	
1 13606751400	OFY6764/PB	
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00532168798	I/LONCIN DANK DC110	
ANO FAB.	Nº CHASSI	
2011	LLCXCHL4XCA100066	
CATEGORIA	PRÉMIO TARIFÁRIO	
PARTIC	*****	
VENC. / COTA UNICA	*PARCELA(N) *	
IPVA - PAGO EM 29/04/2016	1 <sup>a</sup>	
FAIXA IPVA ****	2 <sup>a</sup>	
A	3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	29/04/2016
SEGURADO	PAGAMENTO	DISPENSAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
0		
JOAO PESSOA - PB		
14311		
30392-1456222-20160429		

3 SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 08.246.001-04  
www.seguradoralider.com.br  
30392

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
Nº 012297862603		
2016		
CÓD. FRENTE: 166060182297-5		
PLATE: 00532168798		
NAME: JOSE TORDAN DE SA		
CPF / CNPJ	PLACA	
13606751400	OFY6764/PB	
PLACA ANT / UF	CHASSI	
PB	LLCXCHL4XCA100066	
ESPECIE / TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE / MOTO APLIC	GASOLINA	
MARCA / MODELO	ANO MOD. / V	
I/LONCIN DANK DC110	2012	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	
2 P/110 / CI	PARTIC	
VENC. / COTA UNICA	VALOR TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
IPVA - PAGO EM 29/04/2016	*****	29/04/2016
FAIXA IPVA ****	PARCELAMENTO / COTAS	
A	0	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	PAGAMENTO	DISPENSAÇÕES
*****	*****	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
0		
JOAO PESSOA - PB		
14311		
30392		



SEGURO OBRIGATÓRIO D AUTOMOTORES DE VIAT TRANSPORTADAS OU NAO		OS PESSOAS CAUSADAS POR VEICULOS ESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS													
PB N° 012297862603		BILHETE DE SEGURO DPVAT													
<p>ESTE È O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇOES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>															
VIA	1	EXERCÍCIO	2016												
CPF / CNPJ	136067151400	DATA EMISSÃO	29/04/2016												
		PLACA	OFY6764/PB												
		MARCA / MODELO	I/LONCIN DANK DC110												
		Nº CHASSI	LICXCHL4XCAL00066												
RENAVAM		CAT. TAN	8												
ANO FAB.		9													
<p><b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b></p> <table border="1"> <tr> <td>***** (RS)</td> <td>***** (RS)</td> <td>***** (RS)</td> </tr> <tr> <td>***** (RS)</td> <td>10F (RS)</td> <td>SEGURADO</td> </tr> <tr> <td>***** (RS)</td> <td>PAGAMENTO</td> <td>PARCELADO</td> </tr> <tr> <td>***** (RS)</td> <td>DATA ÚNICA</td> <td></td> </tr> </table> <p>TOTAL A RETIRAR PELO SEU PROFISSIONAL PAGO</p>				***** (RS)	***** (RS)	***** (RS)	***** (RS)	10F (RS)	SEGURADO	***** (RS)	PAGAMENTO	PARCELADO	***** (RS)	DATA ÚNICA	
***** (RS)	***** (RS)	***** (RS)													
***** (RS)	10F (RS)	SEGURADO													
***** (RS)	PAGAMENTO	PARCELADO													
***** (RS)	DATA ÚNICA														
<p><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b></p> <p>CNPJ 08.248.688/0001-04 www.seguradoralider.com.br</p> <p>30392-1456322-20160429</p>															

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		Nº 012297862603	
MINISTÉRIO DA SAÚDE		CERTIFICADO DE REGISTRO 26166060168227-8	
VIA	CIA DE FENAVAM	HABITAC.	E-COMMERCE
1	0053216879-8	00/00000000	2016
NOME _____			
JOSE JORDAN DE SA			
<p style="text-align: center;">DENTRIN</p> <p style="text-align: center;">CONTRIBUÍDORES</p>			
DETAN - P-B CERTIFICADO DE REGISTRO 26166060168227-8		PLACA OFY6764/PB	
PLACA ANT / UF NOVO		CHASSI LJXCH14XCA1000666	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/MAO/APLIC		COMBUSTIVEL GASOLINA	
PLACA / POT / CL 2 P/110 / CI		ANO FAB / ANO MOD 2011 / 2012	
MARCAS / MODELO I/LONCIN DANK DC110		CATEGORIA PARTIC	
COTA UNICA 1 IPVA PAGO EM		VENC. COTA ÚNICA 29/04/2016 1 <sup>a</sup>	
FAIXA IPVA A *****		PARCELAMENTO / COTAS 0 2 <sup>a</sup> 3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO FAIR AWARD (R\$) *****		PRÉMIO TOTAL (R\$) 0	
SEGUR PAG 0		DATA DE PAGAMENTO 29/04/2016	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
JOAO PESSOA - PB 14311		04/04/2016	
CONTROLE		04/04/2016	
DENTRIN		30392	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>  
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 48

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180348840      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IORDAN DE SA      **Data do acidente:** 10/04/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 29/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA OMBRO DIREITO + FRATURAS DE OSSOS DA PERNAS DISTAL ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FRATURAS DE OSSOS DA PERNAS DISTAL ESQUERDA)

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180348840      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IORDAN DE SA      **Data do acidente:** 10/04/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 29/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA OMBRO DIREITO + FRATURAS DE OSSOS DA PERNAS DISTAL ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FRATURAS DE OSSOS DA PERNAS DISTAL ESQUERDA)

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

José Jordam de Sá  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
motorista, CI RG nº 210.521,  
CPF/MF nº 136.067.514-03, residente e domiciliado(a) à Rua  
Doutor Silvino Nobreza, 130 - Jaguaribe,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58015-120, telefone  
83-99342-1170, 98663-4900.

**OUTORGADO:** JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e  
RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro,  
na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:  
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 15 de maio de 2017.

José Jordam de Sá'  
OUTORGANTE



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

José Jordam de Sá  
brasileiro(a), estado civil sócio, profissão  
motorista, CI RG nº 210.521,  
CPF/MF nº 136.067.514-03, residente e domiciliado(a) à Rua  
Doutor Silvino Nobreza, 130 - Jaguaribe,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58015-120, telefone  
83-99342-1170, 98663-4900.

**OUTORGADO:** JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e  
RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro,  
na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:  
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 15 de maio de 2017.

José Jordam de Sá'  
OUTORGANTE

