

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Nº Sinistro: 3180190750

Vítima: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Data do Acidente: 01/11/2015

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 3180190750**.

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 12734033



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Sinistro: 3180190750  
Vítima: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO  
Data do Acidente: 01/11/2015  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180190750** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Nº Sinistro: 3180190750

Vitima: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Data do Acidente: 01/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180190750**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/11/2015**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**  
**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180190750**  
Nome do(a) Examinado(a): **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TV JOAO DE DEUS n° 72 - CENTRO - SANTA RITA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3.722.752 - SSP**  
Data e local do acidente: **01/11/2015 JOAO PESSOA/PB**  
Data e local do exame: **11/05/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**CICATRIZ NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 10 CM NO TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO E PUNHO ESQUERDO. MOVIMENTOS ARTICULARES NORMAIS E AUSÊNCIA DE DÉFICITS MOTORES OU DEFORMIDADES.**

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO POR \_\_\_\_\_



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jonathão Emerenciano da Rocha Ramalho  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.422.452 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 22/05/11 E  
 CPF 1100663234-9 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Maneiras  
 E RENDA MENSAL DE R\$ recusa N NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jonathão Emerenciano da Rocha Ramalho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/gravada em CD, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

18 JUL 2016

RECEBIDO

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1909 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00054424-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita 31 de Maio de 2016  
 LOCAL E DATA

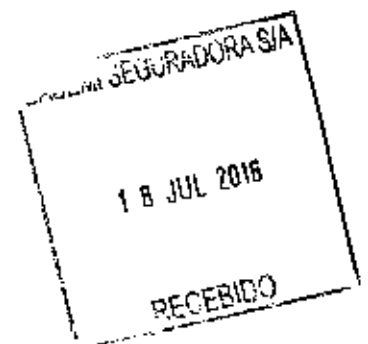
Jonathão Emerenciano da Rocha Ramalho  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Pinheiro





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO POR \_\_\_\_\_

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jonathan Emerson da Rocha Ramalho  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.422.452 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 12/05/11 E  
 CPF 110663434-94 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Manicueiro  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jonathan Emerson da Rocha Ramalho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada, quando for o caso, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

18 JUL 2016

RECEBIDO

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1909 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00054424-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita, 31 de Maio de 2016

LOCAL E DATA

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Priscila

ASL-0979992/16  
priscila.koboldt  
26/04/2018 12:02:20

ASL-0979992/16  
priscila.koboldt  
26/04/2018 12:02:20



ASL-0979992/16  
priscila.koboldt  
26/04/2018 12:02:20

ASL-0979992/16  
priscila.koboldt  
26/04/2018 12:02:20

ASL-0979992/16  
priscila.koboldt  
26/04/2018 12:02:20



ASL-0979992/16  
priscila.koboldt  
26/04/2018 12:02:20

ASL-0979992/16  
priscila.koboldt  
26/04/2018 12:02:20



GOVERNO  
DA PARAIBA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00715.01.2016.1.02.202**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00715.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 11 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 09:01 horas, compareceu **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Marceneiro, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 31 de Outubro de 1995, idade 20, filiação Vera Lúcia Pereira da Rocha Ramalho e Ricardo Duca Ramalho, Documento - CPF: 110.663.434-97, residente Travessa João de Deus, 72, Várzea Nova, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 99835-4369

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 01/11/15, por volta das 23:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SHINERAY, modelo XY 50Q JET, cor vermelha, ano 2013/2014; chassi nº LXYXCBL08E0528758, motor nº 1P39FMAEA082920, nota fiscal em nome de Lucicleide da Silva, pela estrada da cidade de Lucena/PB, ao desviar de um veículo que obstruiu sua passagem, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do rádio distal esquerdo, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira no dia seguinte (02/11/15), por volta das 11:03h, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

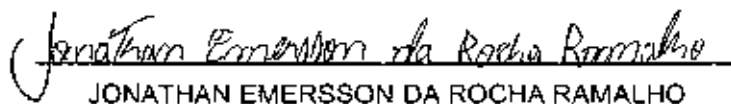
**ADENDOS:**

**Data e Hora:** 11/04/2016 09:20:54

**Descrição:**

QUE, diz o notificante que na verdade foi atingido por um veículo de placa não identificada, e que em decorrência desse fato veio a perder o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura do rádio distal esquerdo.

João Pessoa (PB) 11 de Abril de 2016

  
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

  
Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.652-3





GOVERNO  
DA PARAÍBA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 00715.01.2016.1.02.202**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00715.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 11 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 09:01 horas, compareceu JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Marceneiro, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 31 de Outubro de 1995, idade 20, filiação Vera Lúcia Pereira da Rocha Ramalho e Ricardo Duca Ramalho, Documento - CPF: 110.663.434-97, residente Travessa João de Deus, 72, Várzea Nova, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 99835-4369

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 01/11/15, por volta das 23:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SHINERAY, modelo XY 50Q JET, cor vermelha, ano 2013/2014, chassi nº LXYXCBL08E0528758, motor nº 1P39FMAEA082920, nota fiscal em nome de Lucicleide da Silva, pela estrada da cidade de Lucena/PB, ao desviar de um veículo que obstruiu sua passagem, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do rádio distal esquerdo, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira no dia seguinte (02/11/15), por volta das 11:03h, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

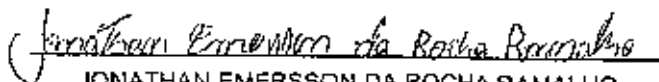
**ADENDOS:**

Data e Hora: 11/04/2016 09:20:54

**Descrição:**

QUE, diz o notificante que na verdade foi atingido por um veículo de placa não identificada, e que em decorrência desse fato veio a perder o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura do rádio distal esquerdo.


João Pessoa (PB) 11 de Abril de 2016



JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Notificante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

  
Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão da Polícia Civil  
Mat. 135.832-3



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De  
Veículos Da Capital



GOVERNO  
DA PARAÍBA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 00715.01.2016.1.02.202**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00715.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 11 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 09:01 horas, compareceu JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Marceneiro, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 31 de Outubro de 1995, idade 20, filiação Vera Lúcia Pereira da Rocha Ramalho e Ricardo Duca Ramalho, Documento - CPF: 110.663.434-97, residente Travessa João de Deus, 72, Várzea Nova, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 99835-4369

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 01/11/15, por volta das 23:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SHINERAY, modelo XY 50Q JET, cor vermelha, ano 2013/2014, chassi nº LXYXCBL08E0528758, motor nº 1P39FMAEA082920, nota fiscal em nome de Lucicleide da Silva, pela estrada da cidade de Lucena/PB, ao desviar de um veículo que obstruiu sua passagem, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do rádio distal esquerdo, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira no dia seguinte (02/11/15), por volta das 11:03h, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

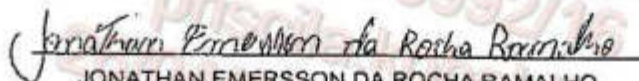
**ADENDOS:**

**Data e Hora:** 11/04/2016 09:20:54

**Descrição:**

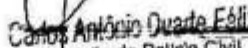
QUE, diz o notificante que na verdade foi atingido por um veículo de placa não identificada, e que em decorrência desse fato veio a perder o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura do rádio distal esquerdo.

João Pessoa (PB) 11 de Abril de 2016

  
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Notificante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

  
Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.852-3



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jonatã Emílio da Rocha Ramalho, portador da carteira de identidade nº 3.422.452 e inscrito no CPF sob o nº 110.663.434-91 residente e domiciliado na Rua T. J. Soares de Almeida, 42 - Bot. São João Tadeu - Vargem Nova, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jonatã Emílio da Rocha Ramalho

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 31 de Maio de 2016  
Local e data



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Janeirton Emmanuél da Rocha Ramalho, portador da carteira de identidade nº 3.422.452 e inscrito no CPF sob o nº 110.663.434-91 residente e domiciliado na Rua TV Focuz de Deus, 42 - Rpt. São José Tadeu - Várzea Nova, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Janeirton Emmanuél da Rocha Ramalho

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 31 de Maio de 2016

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO-PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-380 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 803044 Aid: Não Regulado  
Data: 02/11/2015  
Hora: 11:05:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3722752 Fone: 32297698  
Natalidade: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/10/1995 Id: 20 ano(s)  
End.: RUA TRAVESSA JOAO DE DEUS 72 CARTAO DO SUS 2035201703700051 VARZEA NOVA  
Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: RICARDO DUCA RAMALHO  
Mãe: VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO  
Ocupação: MARCENEIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA  
Ep.: MAE RESPONSAVEL  
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: CASA

Transporte utilizado: EM M. COMPLETO COM MORENO  
Motivo de entrada: Queda de moto no caminho de LUSENA III DE MADRUGADA  
Vitima de violencia por: AS 3/30 DA MADRUGADA CONDUCTOR DA MOTO  
( ; Caso Policial

PRÉ-CONSULTA CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipos de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 170 x 90	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC: 180	TP:	<input checked="" type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsão
Tempo:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispnéia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%: 98	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vômito	

Queixa principal: Observação

TRAUMA NO MSE

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*PC T. T. de queda de moto. Hx ± / ±  
C/ dor em antebraço e*

Diagnostico: *Hx de galop* Conduta: *R*

Prescrição: Horário da medicação:





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N.  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 803044 Atd: Neo Regulado  
Data: 02/11/2015  
Hora: 11:03:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3722752 Fone: 32297698  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/10/1995 Id: 20 ano(s)  
End.: RUA TRAVESSA JOAO DE DEUS, 72 CARTAO DO SUS 2095201703700051 VARZEA NOVA  
Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: RICARDO DUCA RAMALHO

Mãe: VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

Ocupação: MARCENEIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

sp.: MAE RESPONSAVEL

/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: EM M. COMPLETO COR. MORENO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO CAMINHO DE LUCENA HO DE MADRUGADA

Vitima de violência por: AS 3/30 DA MADRUGADA CONDUTOR DA MOTO

[ ] Caso Policial

PRE CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 130 X 90

FR:

FC: 100

TP:

Tempo:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 98

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

TRAUMA NO MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente de queda de moto, 11/10/15  
C/ dor em antebraço e

Diagnostico

Rx de gallego

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jenatam Emerson da Rocha Romalho,

RG nº 3.422.452, data de expedição 12/05/2011,

Órgão SSDS/PB, CPF nº 110.663.434-94, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua TV Povo de Deus</u>
Número	<u>42</u>
Aptº / Complemento	<u>Rod. São João Batista</u>
Bairro	<u>Vila Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-940</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>Akkaumaemmanuel@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / 31/05/2016

18 JUL 2016

RECEBIDO

Jenatam Emerson da Rocha Romalho

Assinatura do Declarante



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DE PARÁBIA  
Rua Fátima Oliveira, 100 - Janguribe - João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-57 - INSC. EST. 15.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A EMPRESA URBEM ESCREVA EM
<b>MATRICULA</b>
44605347
<b>REFERENCIA</b>
AGR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA	ESGOTO E SERVIÇOS
VERA LÚCIA P. DA ROCHA TV JOÃO DE DEUS 72 LOT SÃO JUDAS TADEU VARZEA NOVA	
58306-970	

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
446.02.225.0050	0	0	44605347
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água
A91T081645	18/03/1998	5	LIGADO
		SITUAÇÃO ESGOTO	
		POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
349	343	0	33	21/05/2016
HIST. DE CONS./ANQ. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M5				
OUT/2015	0	42	NÚMERO DE AMOSTRAS	
NOV/2015	0	42	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORME	
DEZ/2015	0	32	COLIFORMES	39 39
JAN/2016	0	42	TURBIDEZ	39 39
FEB/2016	0	32	COLIFORMES	0 0
MAR/2016	0	42	CLORO	39 39
MÉDIA(M) - 0				
DADOS REFERENTES A MAR/2016				

DATA DA LEITURA: 25/04/2016	HORA DA LEITURA: 11:37:26
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 20m	00 32,73 R\$52,73
047- JUROS DE MORIA	R\$0.05
050-ACRESCIMOS(ES) MES(ES) ANT.	R\$0.05

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3.01 PIS E COFINS: LEI 12.741/12	
VIENCIMENTO: 06/05/2016	Total a Pagar: R\$33,48

15.9 R 10	
INDICAÇÃO DE LEITURA-HAV REALIZADA	
CONDICIONADO DO FATURAMENTO:MEDIA TIPO DE TARIFA:NORMAL	
ANORMALIDADE DE LEITURA: 32	
POSICAO DE DEP. ANTERIORES)	
HAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.	
INFORMACOES GERAIS:	
PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO	
MÁTICO.	

COMPANHIA SANEAMENTO JOÃO PIA  
10 JUL 2016  
RECEBIDO





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jenatham Emerson da Rocha Ramalho,  
RG nº 3.422.452, data de expedição 12/05/2011,  
Órgão SSDP/PA, CPF nº 110.663.434-94, venho perante a este  
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu  
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua TV João de Deus</u>
Número	<u>42</u>
Aptº / Complemento	<u>Rod São Lucas Fátima</u>
Bairro	<u>Vargem Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58300-940</u>
Telefone de contato	<u>(85) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>Alkaudna.cavalcante@Ratmaie.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / 31/05/2016

18 JUL 2016

RECEBIDO

Jenatham Emerson da Rocha Ramalho  
Assinatura do Declarante

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Falcão Lima, 111 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-57 Fone: (31) 324.5544/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
<b>MATRICULA</b>
46605347
<b>REFERENCIAL</b>
ARR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA ESGOTO E SERVIÇOS

VERA LÍCIA P. DA ROCHA  
RUA JOÃO DE DEUS 72  
LOT. SÃO JUDAS TADEU  
VARZEA NOVA

58300-970


Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comercial	Indústria	Outros	
146.02.225.0050	0	1	0	0	0	46605347
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	POTENCIAL	
AVIT081665	18/03/1998	5	LIGADO			

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
349	349	0	33	21/05/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-HS				
NUMERO DE AMOSTRAS				
OUT/2015	0	42	PARAMETROS	EXTIG. ANALIS. CONFORMES
NOV/2015	0	42	COLIFORMES	39 39 39
DEZ/2015	0	32	TURBIDEZ	39 39 39
JAN/2016	0	42	COLIFORMES	0 0 0
FEV/2016	0	32	COLOR	39 39 39
MAR/2016	0	42	DADOS REFERENTES A:	MAR/2016
MEDIA(M)	0	0		

DATA DA LEITURA: 25/04/2016	HORA DA LEITURA: 11:37:28
DESCRICAÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 32,78 R\$32,78
047-JUROS DE HORA	R\$0,05
056-ACRESCIM(NTOS) MES(ES) ANT.	R\$0,05

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 PIS E COFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
06/05/2016	R\$33,48

15 9 8 1 0
 CATEGORIA DE LEITURA: HAO REALIZADA
CATEGORIA DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL
ANORMALIDADE DE LEITURA: 32
POSICAO DE DEB. ANTERIORES)
HAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERME OU DEBITO AUTO
MATICO.





26/04/2016

[illegible]

### Pagamento Eficiente

Atuação do Sen. Kátia no julgamento referente ao RHC total de 117 presos em 1979 e 1980, e a atuação do Sen. Jorge de Azevedo, no mesmo período, sobre a diferença entre as duas legislações, para a obtenção dos mandados em função do pagamento da multa criminalizada no RHC total.

JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV JOAO TRACHADO 359 SL 1  
CENTRO  
58013-520 JOAO PESSOA - PB

721304727 00003 31800095872 AU 17/05/16

Verantwortliche Redaktion: Franziska Hübner, 020 460 44 70 00

Departamento de Programação e Monitoria Educacional

Substrato	Proteína de la membrana	Proteína citosólica	Proteína transmembrana	Proteína de la membrana externa	Citosol
2000	4200	0	0	0	10772

**Endreigns**

Data Description	Classified	Value US\$	Excluded US\$
	Value Original	Control	
13-04 TOTAL OF FUTURE INTEREST			US\$ 30,470
25-01 NON-RECURRING PROFIT-GAINING			US\$ 30,470
Subtotal-Excluded			0,000

[illegible]

RECEBIDO



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Janeirê da Rocha Ramalho do sinistro de DPVAT da natureza Imobiliz da vítima Janeirê da Rocha Ramalho e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Não Informar Renda Mensal: R\$ Não Informar

Documentos comprobatórios: Não Apresentar

[Assinatura]  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do  
RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em  
29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Joseirane B. Mendes  
da Rocha Ramalho do sinistro de DPVAT da natureza Furto  
da vítima Joseirane B. Mendes da Rocha Ramalho e conforme  
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Não Informar Renda Mensal: R\$ Não Informar

Documentos comprobatórios: Não Apresentar

[Assinatura]  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Benedicto da Silva

RG nº 3467248, data de expedição 26/08/2008

Órgão SSP, portador do CPF nº 08371354436, com

domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Entelita de Lomdner / Vitoria Nova, nº 85,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima José Thomaz Fernandes da Rocha Carneiro cujo o condutor era

José Thomaz Fernandes da Rocha Carneiro

Veículo: CICLM XY50Q Set Vermelho 2014

Modelo: XY50Q Set

Ano: 2013 Ano Mod: 2014

Placa: —

Chassi: LXYXCBLO8E0528558

Data do Acidente: 01-11-2013

Local e Data: Santa Rita - PB 09/06/2016

DE AZEVEDO

x Benedicto da Silva

Assinatura do Declarante

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

**Carvalho Natural de Reserva**  
**DOURADO DE AZEVEDO**  
1º Tabelionato de Protesto de Letras  
Rua São João, nº 27 - Centro  
CEP: 53000-150  
Fone/Fax: (031) 3229-2263  
Santa Rita - Paraíba  
CNPJ nº 09.405.629/0001-5252

Lucyolene da Silva  
En test, da verdade, Santa Rita-PB 09/06/2016 13:15  
Virgilio Vailson Borges Dourado de Azevedo - Tabelião  
[2016-004113]ENDL:R\$ 28,49 FAPEN:R\$ 0,23 FEPZ:R\$ 1,70  
SELO DIGITAL: AM34790-0263  
Confira a autenticidade em: [www.tre.pt/pt/verificacao](http://www.tre.pt/pt/verificacao)

18 JUL 2016  
RECEBIDO

**SECRET**

COPIADO  
DE ALEVEDO

[illegible]

SABEMI SEGURODORA S/A  
15 AGO 2016  
RECEBIDO

# Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Lucicleide da Silva  
 RG nº 3467248, data de expedição 26/08/2008  
 Órgão SSP, portador do CPF nº 08371354436, com  
 domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Estelita de Bomdhen / Via Jd. Nova, nº 85

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Jonathan Pimentão da Costa cujo o condutor era

Jonathan Pimentão da Costa

Veículo: CICLM XY50Q Jet Vermelho 2014

Modelo: XY50Q Jet

Ano: 2013 ANO MOD: 2014

Placa: \_\_\_\_\_

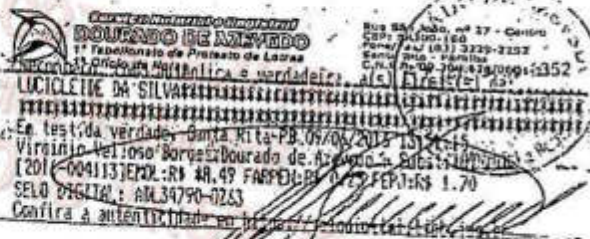
Chassi: LXYXCBLO8E0528458

Data do Acidente: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Lucicleide da Silva  
 Assinatura do Declarante

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 803044

Aid: Nao Regular

Data: 02/11/2015

Hora: 11:03:14

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3722752 Fone: 32297698

Num. Prontuario: 2015.11.000088

Natural: JOAO PESSOA/PE Data Nasc.: 01/10/1995 Id: 20 ano(s)

End.: RUA TRAVESSA JOAO DE DEUS, 72 CARTAO DO SUS 2035201703700051 VARZEA NOVA

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: RICARDO DUCA RAMALHO

Mae: VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

Ocupação: MARCENEIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

ep: MAE RESPONSAVEL

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: EM M COMPLETO COR MORENO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO CAMINHO DE LUCENA RJ DE MADRUGADA

Vitima de violencia por: AS 3/30 DA MADRUGADA CONDUTOR DA MOTO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 130 X 90

FR:

FC: 100

TP:

TA: 104

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 98

Queixa Principal

TRAUMA NO MSE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Peito - sem wheezes, rales, ou crepitações. P. ± 10b  
C/ dor em antebraço e

Diagnostico

Fx de gallego

Conduta

R

Prescrição

Horario da medicacao

SABEMI SEGURODORA S/A

18 JUL 2016

RECEBIDO



## CERTIDÃO

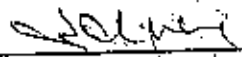
Nº. 0050/2016

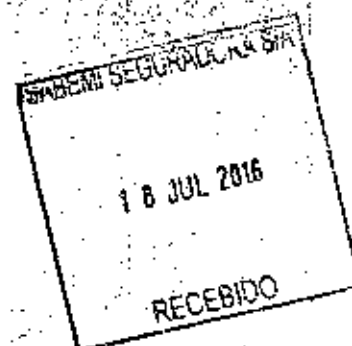
Atendendo solicitação de JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 2015.11.000088 e Ficha Nº 803044 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 02/11/2015 às 11h03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2015 com alta dia 12/11/2015.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB.2959

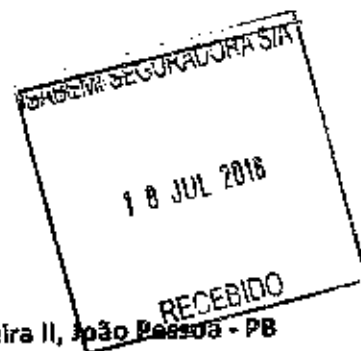


P/ Jonathan Emerson de Rocha Ramalho  
**Lauda Médico**

Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.48 **Fratura do rádio distal**  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9128-PB SBOT 9.603

26.11.2015  
DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9128 SBOT 9.603



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jonathan Emerson da Rocha Romalho</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>20a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>02.11.2015</i>		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Ulnar esquerda</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade osso de rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

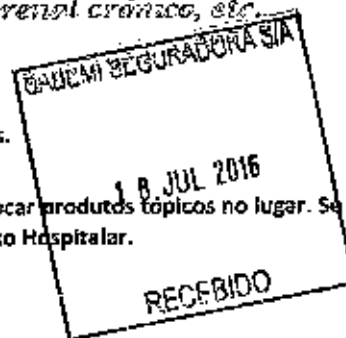
### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc.

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *Vimovo ou Dexam*



**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 22 dias para revisão.

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 128 SBT 9603

*12.11.15*  
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



## CERTIDÃO

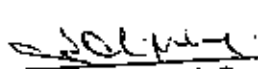
Nº. 0050/2016

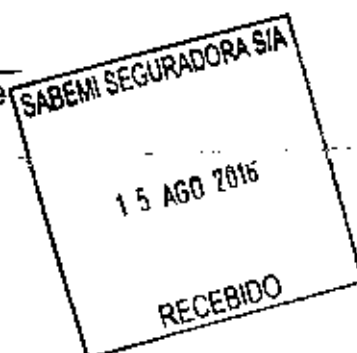
Atendendo solicitação de **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 2015.11.000088 e Ficha Nº 803044 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 02/11/2015 às 11h03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2015 com alta dia 12/11/2015.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





P/ Jonathan Emerson de Rocha Raulho  
Lauda Médico

Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo:

CID: S52.8 ~~Fratura do rádio~~  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9128-PB SBO 9.603

26.11.2015  
DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9128 SBO 9.603



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO Burity

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jonathan Emerson da Rocha Ramalho</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>20a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>02.11.2015</i>		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerda</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	
ANATOMIA PATOLÓGICA	
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )	
ÓBITO	

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

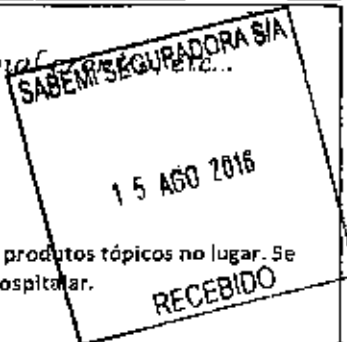
### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal, etc.

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*



RETORNO:	Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.
----------	--

<i>12.11.15</i> DATA	<i>Dr. Alexandre Galvão</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 2128 SGO 9603 ASS. MÉDICO / C.R.M.
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	

Em relação as pendencias de Jonathan Emerson da rocha ramalho, no que concerne ao BO não há como constar a placa uma vez eu trata-se de um ciclomotor, onde já foi enviado nota fiscal e declaração de proprietário do veículo (segue novamente).

Segue também a ficha de atendimento que é feita pelas recepcionistas do hospital, laudo e certidões com carimbo médico.

Dessa forma solicito a devida marcação de perícia medica, para evitar uma contenda judicial, além dos abusos da seguradora em procrastinar os processos, prejudicando a vitima!





Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## CERTIDÃO


Nº. 0050/2016

Atendendo solicitação de **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 2015.11.000088 e Ficha Nº 803044 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 02/11/2015 às 11h03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2015 com alta dia 12/11/2015.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO GURITY

PI Jonatham Benveniste da Rocha Ramalho  
Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.45  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9128-PB SBOT 9.603

26.11.2015  
DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9128 SBOT 9.603



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO BURNIER

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jonathan Emerson da Rocha Ramalho</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>20a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>02.11.2015</i>		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerdo</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	
ANATOMIA PATOLÓGICA	
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )	ÓBITO

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *Vimovo ou Deocil*

SABEM SEGURADORA S/A  
15 AGO 2016  
RECEBIDO

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

Dr. Alexsandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SGT 9603

*12.11.15*  
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

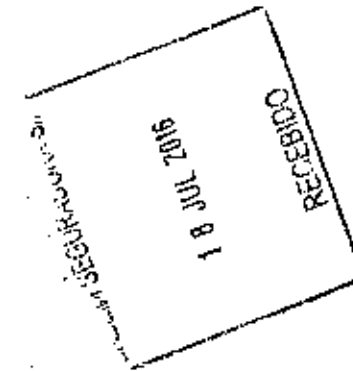
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Em relação as pendencias de Jonathan Emerson da rocha ramalho, no que concerne ao BO não há como constar a placa uma vez eu trata-se de um ciclomotor, onde já foi enviado nota fiscal e declaração de proprietário do veículo (segue novamente).

Segue também a ficha de atendimento que é feita pelas recepcionistas do hospital, laudo e certidões com carimbo médico.

Dessa forma solicito a devida marcação de perícia medica, para evitar uma contenda judicial, além dos abusos da seguradora em procrastinar os processos, prejudicando a vitima!





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

123.722.752 - 2 VISTOS 12/05/2011

GERAL

NOME JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

RELIGIÃO RICARDO DUCA RAMALHO

VERA LÚCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

NACIONALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 31/10/1995

DOC. ORDEM NASC. N. 2106 FLS. 277 LIV. A-03

CARTÓRIO SANTA RITA-PB

CPF 110.663.434-97

Assinatura

LEI N. 7.116 DE 2006

CARTÃO DE IDENTIDADE

Assinatura: Jonathan Emerson da Rocha Ramalho



ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL



**STAR MOTOS LTDA**  
RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE  
ALMEIDA Nº 64 - TORRE - JOAO  
CEP: 58040-300  
FONE: (83) 3031-2345

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
0-ENTRADA  
1-SAÍDA  
Nº 000.014.350  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
2514 0114 8478 2600 0110 5500 1000 0143 3017 3795 0867

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site do Sefaz autorizador

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
325140001300561 28/01/2014 18:48:05

NATUREZA OPERAÇÃO  
VENDA DE VEÍCULOS NOVOS D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
161869637

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
14.047.826/0001-10

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

EUCLEIDE DA SILVA

ENDEREÇO

RUA ESTELITA LUNDGEN 85

MUNICÍPIO

SANTARITA

UF

PA

BARRIO/BAIRRO

VARZEA NOVA

CEP

58300-000

DATA DA EMISSÃO

28/01/2014

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

PAGAMENTO À VISTA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO IONE	VALOR DO IONE	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. APROX. TRIBUTOS (IRPJ)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	2.083,80(45,30%)	4.600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO REGISTRO	DISCUTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

FRETE POR CONTA

9-SEM FRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

MUNICÍPIO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM	CFOP	UNID.	QDNT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
157XV0000 80525738	CICLA XY 300 117 VERMELHO 2014 Modelo: NOVO - Motor: SHINTAI Tipo: CICLOMOTOR - Modelo: XY 30 Q 127 Cabo: QUADRIPLA - Ano Fab: 2013 - Ano Mod: 2014 Chassi: LKXYCBL08E28738 Motor: 112/9FMA042520 49cc 2,7 Hp Cor: VERMELHO - Norma: 030117 NF Origin: 30437 Especie: PASSAGEIROS Passeiros: 2	87111000	060	5405	UN	1,00	4.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 2117/2001.  
MOS: 051-382944301 cda267441bcb197 FIDUCIO: VN-7999 PRE-VENDA: 998 VENDEDOR: LEO FORMULA FGTG  
DINHEIRO

DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI  
VENDIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA.

RODADA DO VEÍCULO

GABEMI SEGURADORA S/A

18 JUL 2016

Desenvolvido por SIG-SPS

RECEBIDO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/01/2014 18:48

**RATIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
E DO ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR**

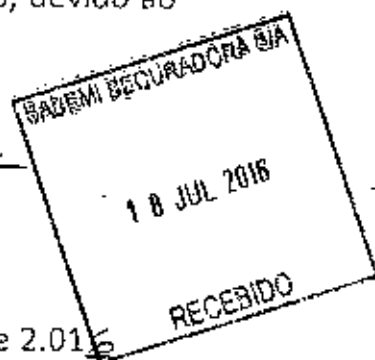
Nome Jonathan Emerson da Rocha Rimalho  
Endereço R. TV João de Deus, #2 - Bot. São Judas - Itaipava/Versalva  
RG 3.422.452 CPF 110.663.439-94

Declaro para fins de comprovação junto à Seguradora Líder, a veracidade da ocorrência de acidente de trânsito, ocorrido na data de 01/11/2015 tendo minha participação como vítima, conforme Boletim de Ocorrência Policial.

Declaro também, que apesar das lesões sofridas, não procurei atendimento médico de imediato, somente vindo a fazê-lo em data de 02/11/2015 por conta própria, auxiliado por familiares, em virtude de constantes dores e da minha dificuldade de movimentação, devido ao acidente, tendo sido atendido no serviço médico abaixo:

Complexo Hospitalar Mangabeira  
nome da instituição hospitalar ou de atendimento

Santa Rita, 31 de Maio de 2.015



Jonathan Emerson da Rocha Rimalho  
Assinatura da vítima (beneficiário),



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

IDENTIFICADOR CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS

PARA 13 ANOS DE VIDA

05701485

ASSINATURA DO TITULAR

RESERVA 2015

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARALISA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

12578

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA CERVASIO DA SILVA

JOAO PEREIRA

1.054.582-8891

MAO

DATA DE ASSINATURA

02/04/1967

55-518-024-91

VIA TELEFONIA

16/04/2015

VITALSOZ ZERO VIDE

RESERVA 2015

RESERVA 2015

16 JUL 2015

RESERVA 2015



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **455.536.024-91**

Nome da Pessoa Física: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Data de Nascimento: **02/04/1967**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:54:35** do dia **07/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **865F.DD91.E99F.81C0**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentos de Identificação



0012

RECEBIDO

18 JUL 2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12/05/2011

REGISTRO 3.722.752 - 2 VÍCIOS DE EMISSÃO

IDENTIFICADO JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

RENOME RICARDO DUCA RAMALHO

VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

NATURALIDADE JOAO PESSOA-PB

DOC CREAM NASC N. 2106 FLS. 277 LIV. A-03

CARTORIO SANTA RITA-PB

CPF 110.663.434-97

DATA DE EMISSÃO 31/10/1995

LEI Nº 7.115 DE 25.11.85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICADO JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

CARTÃO DE IDENTIDADE

DATA DE EMISSÃO 31/10/1995

LEI Nº 7.115 DE 25.11.85





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **455.536.024-91**

Nome da Pessoa Física: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Data de Nascimento: **02/04/1967**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:54:35** do dia **07/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **865F.DD91.E99F.81C0**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



**STAR MOTOS LTDA**

RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE  
ALMEIDA Nº 64 - TORRE - JOAO  
CEP 58040-300  
FONE (83)3031-1345

**DANFE**

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA

1-SAIDA

Nº 000.014.350

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

2514 0114 0478 2600 0110 5500 1000 0143 5017 3795 0867

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NUMERO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

325140001500561 28/01/2014 18:48:05

NATUREZA OPERAÇÃO

VENDA DE VEICULOS NOVOS D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL

161869637

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

14.047.826/0001-10

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL

LUCICLEIDE DA SILVA

ENDEREÇO

RUA ESTELITA LUNDGREN 85

MUNICÍPIO

SANTARITA

FORÇA-FUL

(83)8736-1728

UF

PB

CNPJ

033.713.544-36

DATA DA EMISSÃO

28/01/2014

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

**FATURA/DUPLICATAS****PAGAMENTO À VISTA****CALCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. AMOR. T. IMPOSTOS (IMPT)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	2.083,80(45,30%)	4.600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCUPTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IM	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

FORNECEDOR SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	9-SEM FRETE				
	MUNICÍPIO				INSCRIÇÃO ESTADUAL

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM	CE	CTD	UNID.	QNTD.	V.UNITÁRIO	V.DESAC.	V.TOTAL	BCICMS	VICMS	V.DT	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
LXVXCBL0 ME0528753	CICLA XVS00 JET VERMELHO 2014 Veículo: NOVO Marca: SHOMERAY Tipo: CICLOMOTOR Modelo: XY 50 O JET Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2013 Ano Mod.: 2014 Classe: LXVXCBL0820528753 Motor: 1P39FMAEA082930 49cc 2,7 Hp Cor: VERMELHO Placa: 1047117 NF Origem: 30421 Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2	87111000	000	5405	UN	1,00	4.600,0000	0,00	4.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 21117/2001.  
AID1xx334335m0301c0000744f000197 PEDIDO: V047079 PRE-VENDA: 1968 VENDEDOR: LEO FORMULA POTO  
DINHEIRO

DECLARAÇÃO PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI  
VENDIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA.

RESERVADO AO FISCO

SABEMI SEQUEIRADORA S/A

15 AGO 2016

RECEBIDO

Desenvolvido por SIG-SPS

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/01/2014 18:48

**STAR MOTOS LTDA**

RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE  
ALMEIDA Nº 64 - TORRE - JOAO  
CEP 58040-300  
FONE (83)3031-2345

**DANFE**

Documento Auxiliar da

Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA 1

1- SAÍDA

Nº 000.014.350

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

2514 0114 0478 2600 0110 5500 1000 0143 5017 3795 0867

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

325140001500561 28/01/2014 18:48:05

NATUREZA OPERAÇÃO

VENDA DE VEICULOS NOVOS D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL

161869637

DISC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

14.047.826/0001-10

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL

LUCICLEIDE DA SILVA

ENDEREÇO

RUA ESTELITA LUNDRGEN 85

MUNICÍPIO

SANTA RITA

FONE/FAX

(83)8736-1728

BAIRRO/DISTRITO

VARZEA NOVA

CNPJ

083.713.544-36

CEP

58300-000

DATA DA EMISSÃO

28/01/2014

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

28/01/2014

HORA DA SAÍDA / ENTRADA

18:48:05

**FATURA/DUPLICATAS****PAGAMENTO À VISTA****CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. APROX. TRIBUTOS (BPT)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	2.083,80(45,30%)	4.600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IM	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTE	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ENDEREÇO	9-SEM FRETE				
	MUNICÍPIO				INSCRIÇÃO ESTADUAL

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	QTD	CTDP	UNID.	QUANT.	VAL. UNITÁRIO	VAL. ESC.	VAL. TOTAL	RECEBIS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
LXXCBL8 8E0528738	CICLOM XY500 JET VERMELHO 2014 Veículo: NOVO Marca: SHINERAY Tipo: CICLOMOTOR Modelo: XY 50 Q JET Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2013 Ano Mod.: 2014 Chassi: LXXCBL8E0528738 Motor: IF399MAEA082920 49cc 2,7 Hp Cor: VERMELHO Renavam: 030717 NF Origin.: 20427 Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2	87111000	060	5405	UN	1,00	4.600,0000	0,00	4.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 71217/2001.  
MDS:cc33585b630f1ec5867441bcb197 PEDIDO: VN-7079 PRE-VENDA: 8968 VENDEDOR: IEDD FORMA FGTO:  
DINHEIRO

DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEICULO ACIMA FOI  
VENUIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA.

RESERVADO AO FISCO

**SABEMI SEQUESTRADORA S/A**

15 AGO 2016

RECEBIDO

Desenvolvido por SIO-SFS

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/01/2014 18:48

# PROCURAÇÃO



## OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho,  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Marceneiro, CI RG nº 3.422.452 5505103,  
CPF/MF nº 110 663 434-94, residente e domiciliado(a) à Rua  
TV João de Deus, 42-Bot. São João Tuleu - Varzea Nova  
Cidade de Santa Rita, Estado  
Paraíba, CEP: 58300-940, telefone

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, 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: concede poderes especiais 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.

18 JUL 2016

Santa Rita, 31 de Maio de 20 16

## OUTORGANTE

**TOSCANO DE BRITO**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-460  
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB  
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02  
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente  
(2016-0091607) EMOL: R\$ 88,49 FARPEN: R\$ 0,25 FEPJ: R\$ 1,00 ISS: R\$ 0,25  
SELO DIGITAL: AD123663-PKXW  
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tpb.jus.br>

**TOSCANO DE BRITO**  
OFÍCIO DE NOTAS



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180190750 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO **Data do acidente:** 01/11/2015 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 07/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## DANOS

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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180190750 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO **Data do acidente:** 01/11/2015 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. CICATRIZ NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 10 CM NO TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO E PUNHO ESQUERDO. MOVIMENTOS ARTICULARES NORMAIS E AUSÊNCIA DE DÉFICITS MOTORES OU DEFORMIDADES.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 11/05/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** \* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

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

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dores Mendes*

# PROCURAÇÃO



## OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho  
 brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Manuseio, CI RG nº 3.422.452 5505103  
 CPF/MF nº 110.663.434-94, residente e domiciliado(a) à Rua  
TV João de Deus, 42 - Bot. São João Têxtil - Varzea Nova  
 Cidade de Santa Rita, Estado  
Paraíba, CEP: 58300-940, telefone

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, 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: concede poderes especiais 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.

18 JUL 2016

Santa Rita, 31 de Maio de 20 16

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho

## OUTORGANTE

**TOSCANO DE BRITO**  
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTAR

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-260  
 Fone: (83) 3241-7177 João Pessoa - PB  
 www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO 2º Ofício  
 En test. da verdade, João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02  
 Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente  
 [2016-069150] TEMPL: R\$ 88,49 FASE: 0,25 FEE: 0,14  
 SELLO DIGITAL: AD123663-FX3W  
 Confira a autenticidade em <http://www.toscanodebrito.com.br>

**TOSCANO DE BRITO**  
 2º OFÍCIO DE NOTAS



# PROCURAÇÃO



## OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho,  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Marceneiro, CI RG nº 3.422.452 5505103,  
CPF/MF nº 110 663 434-94, residente e domiciliado(a) à Rua  
TV João de Deus, 42-Bot. São João Tuleu - Varzea Nova  
Cidade de Santa Rita, Estado  
Paraíba, CEP: 58300-940, telefone

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, 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: concede poderes especiais 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.

18 JUL 2016

Santa Rita, 31 de Maio de 20 16

TOSCANO DE BRITO  
OFÍCIO DE NOTAS

## OUTORGANTE

TOSCANO DE BRITO  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-460  
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB  
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02  
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente  
(2016-0091607) EMOL: R\$ 88,49 FARPEN: R\$ 0,25 FEPJ: R\$ 1,00 ISS: R\$ 0,25  
SELO DIGITAL: AD123663-PKXW  
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tpb.jus.br>

