
Rio de Janeiro, 02 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: 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



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 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**, 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 nº 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. Nexo 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%

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

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO...

PP141

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 Emerenam da Roella Ramalho,
 PORTADOR(A) DO RG N° 3.472.452 EXPEDIDO POR 55031/PB EM 02/05/11 E
 CPF 00000000000 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Funcionário
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jonathan Emerenam da Roella 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 aparecerem 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica 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 comprovação 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), 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 (scanner, fotocópia), escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão (número com informação de código de segurança).

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1909 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00054 424-3

18 JUL 2016

RECEBIDO

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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) 00054 424-3

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

Santa Rita, 31 de Maio de 2016
 LOCAL E DATA

Jonathan Emerenam da Roella 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Dir. enila





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA.....

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 Emerenon da Rocha Ramalho,
 PORTADOR(A) DO RG N° 3.472.452 EXPEDIDO POR SS05103 EM 12/05/11 E
 CPF 110.683.439-94 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO funcionário
 E RENDA MENSAL DE R\$ acima de R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jonathan Emerenon 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 POUPIANÇA 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), 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, escrito à mão, escrito à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão de débito 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 POUPIANÇA (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) 00054 724-3

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.

Local e Data: Brasília , 31 de Maio de 2016

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Jonathan Emerenon da Rocha Ramalho

! 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Permitida



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



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 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:

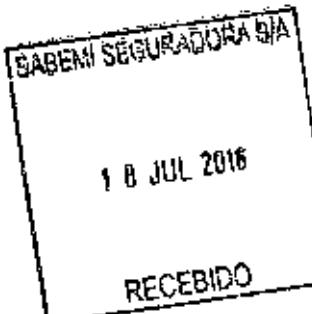
QUE, diz o notificante que na verdade foi atingido por um veículo de placa não identificada, e que em decorrência desse fato veio a perder o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura do rádio distal esquerdo.

João Pessoa (PB) 11 de Abril de 2016

Jonathan Emersson da Rocha Ramalho

JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Noticiante



CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Mat. 135.632-3

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



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 POLICIA, 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 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 identificado 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 da 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
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO
Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLICIA

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
1^a Superintendência Regional Da 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 Véículos 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 LXYXBL08E0528758, motor nº 1P39FMAEA082920, nota 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 identificado 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.

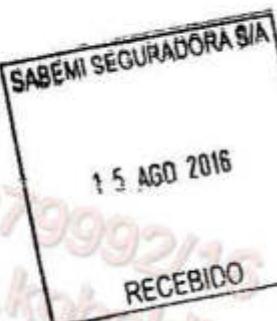
João Pessoa (PB) 11 de Abril de 2016

Jonathan Emersson da Rocha Ramalho
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Mat. 135.682-3



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jonathan Emerson da Roella Ramalho, portador da carteira de identidade nº 3.422.452 e inscrito no CPF sob o nº 40.663.436-98, residente e domiciliado na Rua TV Sílvio de Souza, 42 - Bairro Jardim Tadeu - Vilação Nova, Cidade Santa Rita, Estado Pará, 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.

Jonathan Emerson da Roella 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, Jonathan Emmanoel da Roeha Ramalho, portador da carteira de identidade nº 3.422.452 e inscrito no CPF sob o nº 110.663.434-97 residente e domiciliado na Rua TV Flores de Oliveira, 72 - Bairro São Judas Tadeu - Vilaça Nova, Cidade Santa Rita, Estado Paraíba, 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.

Jonathan Emmanoel da Roeha Ramalho

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 31 de Maio de 2016
Local e data



A D
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-381 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-23

Ficha Nr: 803004 Atd: Não Regulado
Data: 02/11/2015
Hora: 11:03:14
Recepçãoista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JONATHAN EMERSON DA ROCHA RAMALHO N.º de vezes atendido: 1
Nº.º Prontuário: 2915.11.000098

CNS: 855.000.000-0 ID: 3722752 Fone: 32297698

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

End.: RUA TRAVESSA JOÃO DE DEUS, 72 CARTÃO DO SUS 2095201703700051 VARZEA NOVA

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: RICARDO DUCA RAMALHO

Mae: VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

Ocupação: MARCENEIRO SEM ESPECIFICAÇÃO

INFORMAÇÕES DE ENTRADA

SP.: MAE RESPONSÁVEL

✓/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: EN. M. COMPLETO COR. MORENO

Vítima de: Agente por: AQUECIDA MOTO NO CAMINHO DE LUCENA 11/11/2015 MADRUGADA

Vítima de violência por: AS 3/30.00 MADRUGADA CONDUTOR DA MOTO

✓ Caso Policial

END-CONSULTA

✓/CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

✓/sí de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 130 x 90

PR:

Aparentemente Bem Grave

100

TP:

Politraumatizado Convulsão

100

Altura:

Hemorragia Urticária

GLICEMIA

IMC:

Diarreia Agitado

Circ. Abd:

O2%: 98

Regular Chocado

✓/Queixa Principal:

Vômito Observação

TRAUMA NO MSE

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Perf. traum. de queixa de moto 11/11/2015
✓ dor em articulac. e

Diagnóstico

Ex. de golpe. Conduta

Prescrição Horário da medicacão

18 JUL 2016

RECEBIDO



A. D.
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
Recepção: ADRIANA DA SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nº de vezes atendido: 1

Nºm. Prontuario: 2015.11.000088

Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

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

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

End.: RUA TRAVESSA JOAO DE DEUS, 72CARTAO DO SUS 2095200703700051 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

sp.: MAE RESPONSÁVEL

Adv/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: EN M COMPLETO COR. MORENO

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

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

Caso Policial

PRE CONSULTA CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 1130 X 90

FR:

Aparentemente Bem Grave

PC: 100

TP:

Politraumatizado Convulsao

RR:

Altura:

Hemorragia Dispneia

Glicemias:

IMC:

Diarreia Agitado

Circ. Abd:

O2%: 98

Regular Chocado

Queixa Principal

Vomito

TRAUMA NO MSE

Observação

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Pr. n.º de grav. de med. 11 + 16
C/ dor no Abdome

Diagnóstico

Ex de galliz

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jonathan Emerencio da Rocha Romalho,

RG nº 3.422.452, data de expedição 21/05/2011,

Órgão SSOPIB, 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 7 de Setembro</u>
Número	<u>42</u>
Aptº/ Complemento	<u>Portaria</u>
Bairro	<u>Vila Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58302-940</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>Alkananda.silva.rosante@Ritmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

18 JUL 2016

RECEBIDO

Jonathan Emerencio da Rocha Romalho

Assinatura do Declarante



CAGEPA

COMPANHIA DE SANEAMENTO BÁSICO
Rua Feliciano Chaves, 21 - Jardim São João Passeio - PB
CEP: 58.015-531-081-99123-654/0001-87

PARA ENTREGA DIA 10/07/2016
DESPACHO DE SERVIÇO
MATRÍCULA
46005347
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA	ESGOTO E SERVIÇOS	ABR/2016																														
<p>VERA LUCIA P. DA ROCHA TV. JOÃO DE DEUS 72 LOT SÃO JUDAS TADEU VARZEA NOVA</p> <p>58306-970</p>																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="3">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>Água</th> <th>Coz.</th> <th>NAME</th> <th>RTM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>146.02.225.0650</td> <td>II</td> <td>II</td> <td>II</td> <td>II</td> <td>46005347</td> </tr> <tr> <td>Higrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água</td> <td colspan="2">Situação Esgoto</td> </tr> <tr> <td>A9 (TOS) 645</td> <td>18/03/1998</td> <td>5</td> <td>LIGADO</td> <td colspan="2">POTENCIAL</td> </tr> </tbody> </table>			Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável			Água	Coz.	NAME	RTM	146.02.225.0650	II	II	II	II	46005347	Higrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		A9 (TOS) 645	18/03/1998	5	LIGADO	POTENCIAL	
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável																											
		Água	Coz.	NAME	RTM																											
146.02.225.0650	II	II	II	II	46005347																											
Higrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto																												
A9 (TOS) 645	18/03/1998	5	LIGADO	POTENCIAL																												
<p>ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NÚM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA</p> <p>349 343 0 33 21/05/2016</p> <p>HIST. DE CONSUMO ANTERIOR, LEIT. I QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-15</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MES/2015</th> <th>0</th> <th>42</th> <th>NÚMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NOV/2015</td> <td>0</td> <td>42</td> <td>PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORME</td> </tr> <tr> <td>DEZ/2015</td> <td>0</td> <td>32</td> <td>COLIFORMES 39 39 39</td> </tr> <tr> <td>JAN/2016</td> <td>3</td> <td>42</td> <td>TURBIDEZ 39 39 39</td> </tr> <tr> <td>FEV/2016</td> <td>5</td> <td>32</td> <td>COLIFORMES 0 0 0</td> </tr> <tr> <td>MAR/2016</td> <td>0</td> <td>42</td> <td>CLORO 29 30 39</td> </tr> <tr> <td>ABRIL/2016</td> <td>0</td> <td>42</td> <td>DADOS REFERENTES MAR/2016</td> </tr> </tbody> </table>			MES/2015	0	42	NÚMERO DE AMOSTRAS	NOV/2015	0	42	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORME	DEZ/2015	0	32	COLIFORMES 39 39 39	JAN/2016	3	42	TURBIDEZ 39 39 39	FEV/2016	5	32	COLIFORMES 0 0 0	MAR/2016	0	42	CLORO 29 30 39	ABRIL/2016	0	42	DADOS REFERENTES MAR/2016		
MES/2015	0	42	NÚMERO DE AMOSTRAS																													
NOV/2015	0	42	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORME																													
DEZ/2015	0	32	COLIFORMES 39 39 39																													
JAN/2016	3	42	TURBIDEZ 39 39 39																													
FEV/2016	5	32	COLIFORMES 0 0 0																													
MAR/2016	0	42	CLORO 29 30 39																													
ABRIL/2016	0	42	DADOS REFERENTES MAR/2016																													
<p>DATA DA LEITURA: 25/04/2016 HORA DA LEITURA: 11:37:26</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRITIVO</th> <th>CONSUMO</th> <th>VL ÁGUA</th> <th>VL ESGOTO</th> <th>10Tal (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 20m³</td> <td>10</td> <td>32,73</td> <td></td> <td>R\$32,73</td> </tr> <tr> <td>047-JUROS DE MORA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$0,00</td> </tr> <tr> <td>056-ACRESCIMO(S) MENSAL ANNUAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R\$0,00</td> </tr> </tbody> </table>			DESCRITIVO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	10Tal (R\$)	RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 20m³	10	32,73		R\$32,73	047-JUROS DE MORA				R\$0,00	056-ACRESCIMO(S) MENSAL ANNUAL				R\$0,00										
DESCRITIVO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	10Tal (R\$)																												
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 20m³	10	32,73		R\$32,73																												
047-JUROS DE MORA				R\$0,00																												
056-ACRESCIMO(S) MENSAL ANNUAL				R\$0,00																												
<p>VALOR APROXIMADO DE TABELAS: R\$3,03 PTS E COFINS. LEI 12.741/12</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VENCIMENTO:</th> <th>Total a Pagar:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10/05/2016</td> <td>R\$33,48</td> </tr> </tbody> </table>			VENCIMENTO:	Total a Pagar:	10/05/2016	R\$33,48																										
VENCIMENTO:	Total a Pagar:																															
10/05/2016	R\$33,48																															
<p>... 15.0 - R. 1.0.</p> <p>REGISTRAÇÃO DE LEITURA-HÁ REALIZADA CONFORME ÁREA DE FATURAMENTO-MEDIDA TIPO DE TAREFA:NOMAL ANORMALIDADE DE LEITURA: 32</p> <p>POSTO DO DGP. ANTERIOR(EST) NÃO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.</p> <p>INFORMAÇÕES GERAIS: PARA SUA CONODIODE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMÁTICO.</p>																																



Comportamento da resistência

1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106



Digitized by Saurashtra University on 10/09/2013

Documentos da Província de Pernambuco

Département	Chiffre d'affaires	Nombre d'entreprises	Chiffre d'affaires moyen
Haute-Savoie	1 000 000	100	10 000
Isère	1 000 000	100	10 000
Haute-Loire	1 000 000	100	10 000



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jonathum Emerson da Rocha Ramalho,

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

Órgão SSPSI 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 745 Jours de Neuve</u>
Número	<u>42</u>
Aptº / Complemento	<u>Bot São Luís Tadeu</u>
Bairro	<u>Vila Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58302-940</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>Alexandra.viana.monteiro@rotmair.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

18 JUL 2016

RECEBIDO

Jonathum Emerson da Rocha Ramalho

Assinatura do Declarante

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Címon, 111 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-572 - NPI: 09.123.654.0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO	
MATRÍCULA	
46605.147	
	REFERENCIA
	ABR/2016

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA		ESGOTO E SERVIÇOS			
VERA LUCIA P. DA ROCHA TV JOAO DE DEUS 72 LOT SAO JUDAS TADEU VARZEA NOVA		58300-970			
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias		Responsável	
146.02.225.0050	0	Reserva	0	0	46605.147
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
AVIT081665	18/03/1998	5	LIGADO	POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NUM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA					
349	349	0	33	21/05/2016	
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALIT. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-HS.					
OUT/2015	0	42	NUMERO DE AMOSTRAS		
NOV/2015	0	42	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES		
DEZ/2015	0	32	COLIFORMES	39	39
JAN/2016	0	42	TURBIDEZ	39	39
FEV/2016	0	32	COLIFORMES	0	0
MAR/2016	0	42	CLORO	39	39
MEDIDA(M)	0	-	DADOS REFERENTES A MAR/2016		
DATA DA LEITURA: 25/04/2016			HORA DA LEITURA: 11:37:28		
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³	10	32,78		R\$32,78	
047-JUROS DE MORA				R\$0,05	
056-ACRESCIMO(S) MES(E)S ANTER.				R\$0,05	
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$3,03 PIS E COFINS, LEI 12.741/12.					
VENCIMENTO:	Total a Pagar:				
15/05/2016	R\$33,48				
NOTA DE LEITURA NAO REALIZADA CAGNOTICA DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL ANORMALIDADE DE LEITURA: 32 POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES) NÃO EXISTE(ES) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.					
INFORMAÇÕES GERAIS: PARA SUA CONODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTÔMICO.					



Componente de resistencia
700154

SABEMI SEGURADOCASIA
18 JUL 2016
RECEBIDO



DECLARAÇÃO

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

A Circular Susep¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² 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 JOSÉ EDUÁRDO 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) fone: 83 3499-0000 de Roche, Ramon, do sinistro de DPVAT da natureza atropelado da vítima fone: 83 3499-0000 de Roche, Ramon e conforme determinação da Circular Susep nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Não tenho

Assinatura

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² 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) José Ramephs do sinistro de DPVAT da natureza invalidade da vítima José Ramephs 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 PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José da Silva

RG nº 3467248 data de expedição 26/08/2018

Órgão SSP, portador do CPF nº 08371354436, com
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Entelita de Sombres / Vila Jea 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 Francisco de Souza, cujo o condutor era
José Francisco de Souza

Veículo: CICLON XY500 3ET Vermelho 2014

Modelo: XY500 3ET

Ano: 2013 ANO MODE: 2014

Placa:

Chassi: LXYXCBLO8E0528558

Data do Acidente: 01-11-2018

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

 José da Silva

Assinatura do Declarante

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


Comunicação Digital
DOURADO DE AZEVEDO
Av. Trabalhador da Produção da Letras
11111-0000 - João Pessoa - PB
E-mail: comunicacao@azzevedo.com.br - Cel. (83) 98811-1111
LUCOLETTE DA SILVA - Cel. (83) 98811-1115
E-mail: lucollette@azzevedo.com.br
Virgílio Valente Borges Dourado de Azevedo - Cel. (83) 98811-1116
E-mail: virgilio@azzevedo.com.br
SELO DIGITAL: AN34790-0263
Confira a autenticidade em: www.azzevedo.com.br

Rua São João, nº 77 - Centro
CEP: 58010-120
Fone/Fax: (83) 3279-2753
Santa Rita - PB
C.E.P.: 58010-000 - CEP: 58010-000

18 JUL 2016

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, José Góis da Silva

RG nº 3467248 data de expedição 26/10/2008

Órgão SSP, portador do CPF nº 083 735 436, com

domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) ENTELTA de Bombeiros / Vila da Moinha 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 Góis da Silva cujo o condutor era José Góis da Silva.

Veículo: CICLON XY500 Jet Vermelho 2014

Modelo: XY500 Jet

Ano: 2013 ANO MOD: 2014

Placa:

Chassi: LXYXCBLO8E0528458

Data do Acidente:

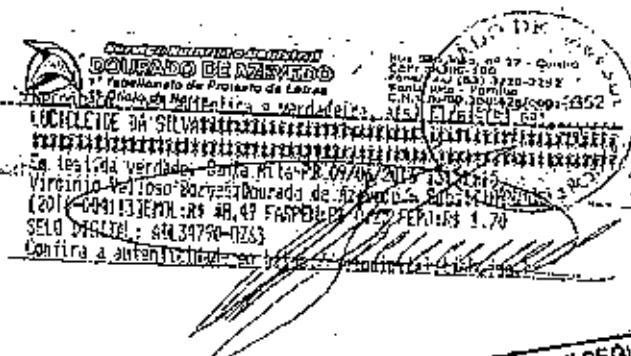
Local e Data:

*VIDRADO
DE AZEVEDO*

José Góis da Silva

Assinatura do Declarante

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



Declarando do Proprietário do Veículo



Eu, Priscila da Silva

RG nº 3467248, data de expedição 26/08/2018.

Órgão SSP, portador do CPF nº 0837354436, com

domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de

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

ENTELITA de Bomber / Vila 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 Thamimenes dos Reis Be. Ferreira, cujo o condutor era

José Thamimenes dos Reis Be. Ferreira.

Veículo: CICLIM XY50Q Jet Vermelho 2014

Modelo: XY50Q Jet

Ano: 2013 ANO MÓD: 2014

Placa:

Chassi: LXYXCBLO8E0523458

Data do Acidente:

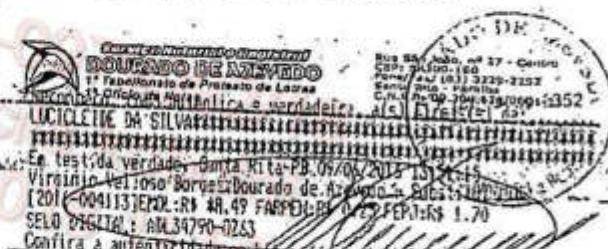
Local e Data:

Priscila da Silva

Assinatura do Declarante

11

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





CERTIDÃO

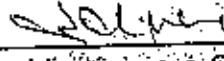
Nº. 0050/2016

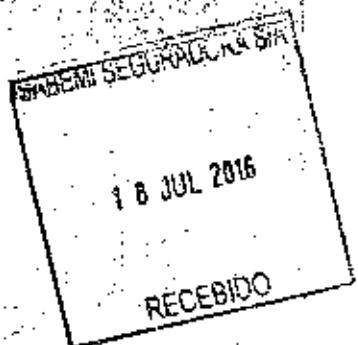
Atendendo solicitação de **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 2015-11-000088 e Ficha Nº 803044 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, datô e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB-2959

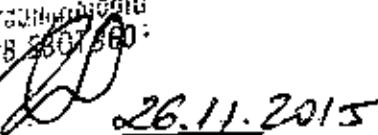




Pl. Jonathan Fonseca de Rocha Rangel
Laudo Médico

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 inapt(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.8x010 GIC 501X01
Ortopedia/Transtornos ósseo
CRM 9128-PB SBOT 9.603


DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128 SBOT 9.603

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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
20/1	M		Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
02/11/2015					
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura do rádio distal esquerda				S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx de punho demonstrando solução de continuidade ossos de rádio distal					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, 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.

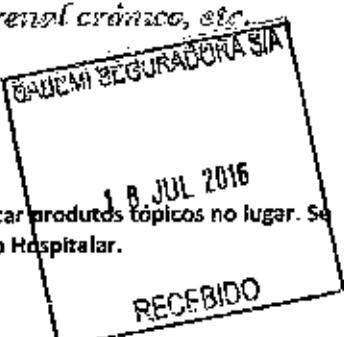
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

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 Diclo



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

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1128 SBO 9603

12.11.15

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M



SERV. PARA ARQUIVO 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 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 ás 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

Sônia
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

SABEMI SEGURADORA S/A

15 AGO 2016

RECEBIDO



Pl. Jonathan Enesem de Rocha Rangelho
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 inapt(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo:

CID: S52.8AG010E U37V0U
Ortopédio/Truqueumologia
CRM 9128-PB SBOT 9.603

26.11.2015

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128 SBOT 9.603



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
26/1	M		Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
02/11/2015					
DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fratura do Rádio Distal - esquerda					
CID S52.5					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, 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.

Dr. Alexandre Salvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 128 SGT 9603

12.11.15

DATA

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

SABEM SEGURO RÁDIO DISTAL
15 AGO 2016
RECEBIDO

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!





SESTEMA 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 Tarcisio 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

Sônia M. Pontes
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





Priscila.koboldt
26/04/2018 11:59:46

PL. Jeaneth Ferreira 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 inapt(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.8 Xanoperigôvico
Ortopedia/Trujiu/Ortopedia
CRM 9128-PB SBOT 9.603

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128 SBOT 9.603

26.11.2015



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

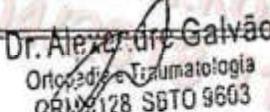
LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
202	M		Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
02.11.2015					
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura do Rádio Distal esquerda				S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES	
Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal	
TERAPÉUTICA 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 <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small>	
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.	
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	

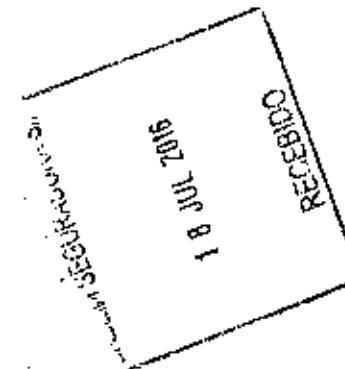
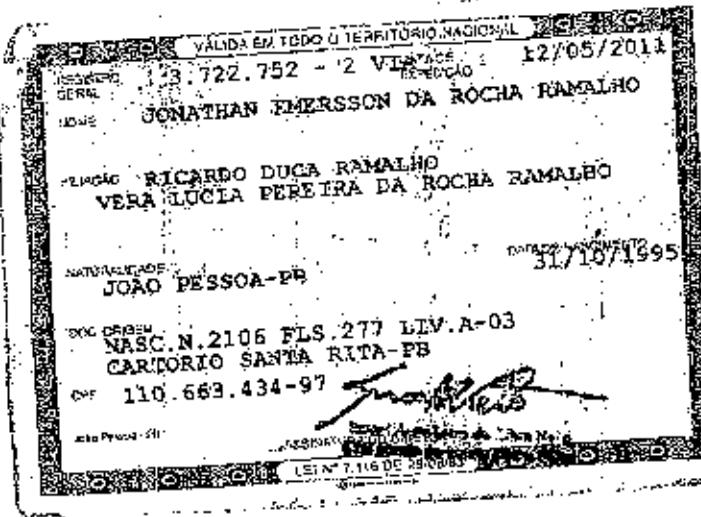
RETORNO:	Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.
 Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 8128 SBT 9603 <div style="position: absolute; left: 750px; top: 600px; width: 150px; height: 100px; background-color: white; border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-45deg);"> SABEM SEGURO R... 15 AGO 2016 RECEBIDO </div>	
DATA	12.11.15
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!





 <p>STAR MOTOS LTDA RUA MINISTRO JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA N° 04 - TORRE - JOÃO CEP: 58640-300 FONE: (83)3031-2345</p>	<p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p>	 <p>CHAVE DE ACESSO: 2514 0114 8478 2600 0110 5500 1000 0143 3017 3795 0867</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e: www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site de Sefaz autorizada</p> <p>PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 325140001500065 28/01/2014 18:48:05</p>
	<p>0-ENTRADA 1</p> <p>1-SAÍDA</p> <p>Nº 000.014.350</p> <p>SÉRIE 1</p> <p>FOLHA 1/1</p>	
<p>NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE VEÍCULOS NOVOS D/B</p>	<p>INÍC. ESTÁNDAR DO SUBST. TRIBUTÁRIO</p>	<p>CNPJ 14.242.926/0001-10</p>

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 161869637	14.047.025-0001-10
DESTINATÁRIO/REMETENTE:	
NOSSA SENHORA EUCÍCLIDE DA SILVA	ÓRGÃO/F 083.713.544-36
ENDERECO: RUA ESTRELITA LUNDGREN, 85	BAIRRO/ESTADO: VARZEA NOVA - PB
MUNICÍPIO: FORTEALEZA (85) 3736-1728	CEP: 58300-000
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO	
DATA DA EMISSÃO: 28/01/2014	
DATA DA SAÍDA/ENTRADA:	
DATA DA SABATINA/REGISTRO:	

SANITARIA

ANSWER

PAGAMENTO A 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 (IPI)	VALOR TOTAL DAS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	2.083,80 (45,30%)	4.600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO REBASO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACERCAÍDAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA ROTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00

TRANSPORTADORES	FRETADO POR CONTA 9-SEM FRETE	CONTROLE ATIV.	INSCRIÇÃO ESTADUAL
NONERIAÇÃO SOCIAL			
	MUNICÍPIO	UF	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

DADOS DO VEHÍCULO		INFORMAÇÕES DO PROPRIETÁRIO		INFORMAÇÕES DO CONCESSIONÁRIO		INFORMAÇÕES DO MECÂNICO		INFORMAÇÕES DO TÉCNICO		INFORMAÇÕES DO CONCESSIONÁRIO	
CPF/CNPJ	NOME	CPF	NOME	RG	ENDERECO	CEP	UF	RG	NOME	RG	NOME
12345678900	CLIQUE XY500 1.0 16V 100/100 2014	STV1000	060	3405	CON	1.000	4.600,0000	0.00	4.600,00	0.00	0.00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
IMPOSTO RETIDO POR SISTEMA FUTURO: DE ACORDO DECRETO 1117/2001.
IMPOSTO RETIDO POR SISTEMA FUTURO: 100% 74160197 PEDIDO: VN-7079 PRE-VENDA: 1948 VENDEDOR: PEDRO FERREIRA
DINHEIRO
DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VÉHICULO ACIMA
MENTE DESCRITO É DE DOMÍNIO E SBN ALIUMAÇÃO FIDUCIÁRIA.

RESERVADO AO PÚBLICO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 20/01/2014 18:46

GABEMI SEGURODORA S/A

18 JUL 2016

Desenvolvido por El

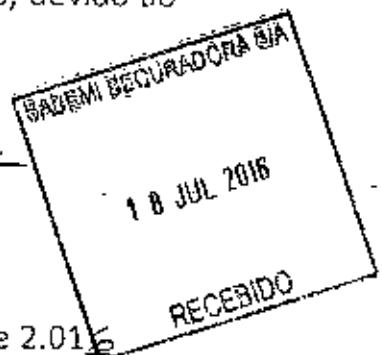
RATIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
E DO ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR

Nome Jonathan Emerson da Rocha Roratto
Endereço R. Tijucá, nº 52, apt. 505, bairro Vila Galvão
RG 3.4.22.452 CPF 110.663.434-98

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.

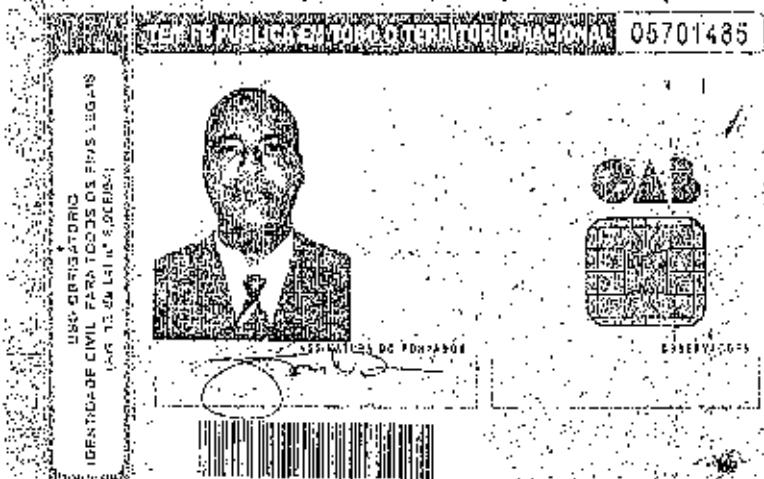
Declaro também, que apesar das lesões sofridas, não procurei atendimento médico de imediato, somente vindo a fazê-lo em data de 02/11/2015 por conta própria, auxiliado por familiares, em virtude de constantes dores e da minha dificuldade de movimentação, devido ao acidente, tendo sido atendido no serviço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

Completo Hospital Manoel
Nome da instituição hospitalar e de atendimento



Santa Rita, 31 de Maio, de 2.016

Jonathan Emerson da Rocha Roratto
Assinatura da vítima (beneficiário)





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.

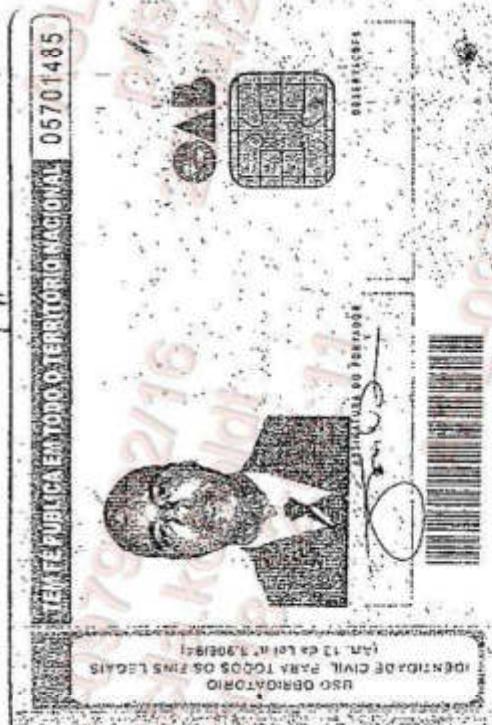
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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





Documento de identificação



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARÁ
IDENTIDADE DE 2014065000

JOSÉ EDUARDO DA SILVA

Advogado

JOSÉ GERVASIO DA SILVA

Advogado

JOÃO PT 330498

Advogado

1.054.562 - SSP/PA

Estado: Pará

Não

Conselho Federal

Conselho de Ética e

Prática da Advocacia

Conselho de

Advocacia

DATA DE EMISSÃO

06/04/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO

26/04/2021

DATA DE REVALIDAÇÃO

ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 12:05:11



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.

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 N° 64 - TORRE - JOAO CEP 58040-300 FONE (83)3031-2345		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0-ENTRADA 1 1-SAÍDA 1 N° 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 autorizada
NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE VEICULOS NOVOS D/E EMISSÃO ESTADUAL 161869637		INSC ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 14.047.826/0001-10	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL LUCICLEIDE DA SILVA ENDEREÇO RUA ESTELITA LUNDGEN 85 MUNICÍPIO SANTA RITA		FONE/FAX (83)8736-1728	UF PB	BAIRRO/DISTRITO VARZEA NOVA	CEP 58300-000	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	DATA DA EMISSÃO 28/01/2014
--	--	---------------------------	----------	--------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

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. A PELOS TRIBUTOS (IRPF)	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 ACESÓRIAS	VALOR DO IRP	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL EXIBENÇÔ	FRETE POR CONTA 9-SEM FRETE	CÓDIGO ANTE	PLACA DO VEÍCULO EF	CHAMADA
		MUNICÍPIO		UF
				INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SIT	CST	CTOP	UNID.	QUANT.	V.UNITÁRIO	V. DESC.	V.TOTAL	BC/ICMS	V. ICMS	V.IPF	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPF
LXYXICL0 NE0528758	CICL. XY50Q JET VERMELHO 2014 Veículo NOVO. Marca: SHINERAY Tipo: CICLOMOTOR. Modelo: XY 50 Q JET Comb.: GASOLINA. Ano Fab.: 2013. Ano Mod.: 2014 Chassi: LXYXCB008EU528758 Motor: IF399MAEA082920 49cc 2,7 HP Cor: VERMELHO. Renavam: 030717 NF Digrm.: 20427 Especie: PASSAGEIROS Peculiaridades: 2	87311000	060	5403	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
 IMPPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTARIA DE ACORDO DECRETO 3121/2001.
 MDI: ec13d583fb630f1ecb26744fbcb197. PEDIDO: VN-7079 PRE-VENDA: 8968. VENDEDOR: IEDO. FORMA FOTO:
 DINHEIRO

DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO EU SOU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI
 VENUDICO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENACAO FIDUCIARIA.

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/01/2014 16:48

RESERVADO AO FISCO

SABEMI SEGURADORA S/A

15 AGO 2016

RECEBIDO

Desenvolvido por SIG-SFS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

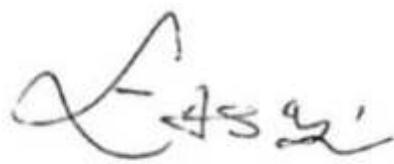
VISÃO MÉDICA LTDA

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 **Data do acidente:** 01/11/2015 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
RAMALHO

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 %

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:



PROCURAÇÃO

Protocolo



OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho,
 brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
funcionário, CI RG nº 3.422.452.5005103,
 CPF/MF nº 010.663.434-74, residente e domiciliado(a) à Rua
7º de Julho, nº 22 - Bairro Trindade - Vila da Noiva,
 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
 FICIO DE NOTAS

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho

OUTORGANTE

 TOSCANO DE BRITO
 FICIO DE NOTAS

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

Reconheço, com autenticidade e verdadeira, a(s) Firma(s) de:...
 JOATHAN EHERSSON DA ROCHA RAMALHO - 12º Ofício
 TOSCANO DE BRITO - FICIO DE NOTAS
 Es test. da verdade, João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02
 Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrivente
 2016-009150-1001-PB 86,49 FABENH-R\$ 0,25 FEPERJ-R\$ 0,10 ICP-Br
 SELO DIGITAL: A9123663-F929
 Confira a autenticidade em <http://www.toscanebrito.com.br>

