

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Marcos Pereira de Melo

CPF da Vítima

713.792.901-29

Data do Acidente

20-02-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Santa Rita, 01 de setembro de 2017

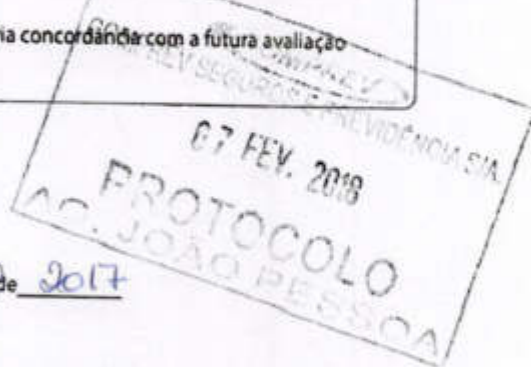
Local e Data

JOSE MARCOS PEREIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DE MELO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ato declaratório

CERTIDÃO

Nº. 0764/2017

Atendendo solicitação de **EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO** 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 7916 e Prontuário Nº 2017.02.00448 pertencentes a **JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO** que foi atendido dia 21/02/2017 às 00h12min, encaminhado do Hospital de Trauma, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Procedimentos cirúrgicos realizados nos dias 14/03 e 12/04/2017. Alta dia 26/04/2017.

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

João Pessoa, 12 de Junho de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



CICERA MENDES DE MELO
SIT JURUMA, S/N - AREA RURAL
MAMANDUAPE/RS CEP: 98260-000 (AG: 14)

Emissão: 16/12/2017 Referência: Dez/2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO B-20, Km-25 - Crato Residencial João Pessoa/RS - CEP 98071-400
Roteiro: 9-14-187-8120 Nº medidor: 00000769111

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.056.180/0001-40 Ins. Est: 18.015.023-0

Nota Fiscal/Linha de Energia Elétrica Nº 000.000.000
Cód. para Des. Automático: 00000180000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/CNPJ/RANI**
Dez / 2017 16/12/2017 16/01/2018 2380388407
inc. Est
UC (Unidade Consumidora): **5/615085-8**

Canal de contato

Diversão com segurança e a qual os serviços devem ser prestados.
Nunca emenda, pois perto das fós do rede elétrica e não as
rede caso fiquem presas na rede. E não se usará
metais para emenda. Com segurança, tudo se resolve.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
17/11/17	13078	16/12/17	13144	1	66		28
Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. At.	Imposto (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Valor (R\$)
					ICMS (R\$)	Pto (R\$)	Valor (R\$)
0001	Consumo em kWh	71,000	0,101220	49,86	49,86	20	12,45
0001	Adic. B. Verificação			2,82	2,82	20	0,99
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0001	CONTRIB. E. C. C. J. P. S. C. A.			0,15	0,00	0	0,00
0001	CONTRIB. E. C. C. J. P. S. C. A.			0,00	0,00	0	0,00
0005	MULTA 10/2017			0,15	0,00	0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 53,14 53,15 13,42 53,75 0,43 2,00

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
75 **22/12/2017** **R\$ 63,14**

Histórico de Consumo (kWh)

89 | 71 | 73 | 73 | 92 | 72 | 84 | 98 | 77 | 66 | 60 | 49
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16

c133.b7e9.b546.8de3.b8c5.5777.b8ee.fe75.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	13,17	0,71	NOMINAL
DIGITAL TRIMESTRAL	25,34		
DIGITAL	52,38		
DIGITAL	8,11	1,00	CONTRATADA
DIGITAL TRIMESTRAL	16,24		LMITE INFERIOR
DIGITAL	30,45		LMITE SUPERIOR
DIGITAL	1,20	0,71	
DIGITAL	18,00		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesa de C. C. S. Energia/RS	13,87	21,88
Despesa de C. C. S. Energia/RS	10,20	16,12
Despesa de Transmissão	3,10	4,93
Despesa de Distribuição	3,19	5,05
Despesa de C. C. S. Energia/RS	28,25	44,82
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	60,14	100,00

Valor de E. C. C. S. (R\$) 10/2017: R\$ 10,21

ATENÇÃO

Forturas em atraso



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Marcos Pereira de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.792.904-49 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vitima Jose Marcos Pereira de Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.792.904-49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Maria Rosa</u>		<u>58</u>	-
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Memais</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>alexandracasarduarte@hotmail.com</u>	<u>83-9905-5363</u>		<u>98663-4900</u>

João Pessoa, 05 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Alexandre Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rogério Gomes da Silva,
RG nº 2.981.863, data de expedição 31/02/2002
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 071.170.204-74 com
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: 5^{ta} Júlio, nº 101
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 Marcos Pereira de Melo cujo o condutor era
José Marcos Pereira de Melo.

Veículo: motocicleta
Modelo: YAMAHA YBR 125K
Ano: 2006
Placa: MOI 4318/PB
Chassi: 9CGKE092070071388
Data do Acidente: 20-02-17
Local e Data: Santa Rita, 25.01-18

Rogério Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

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

2º OFÍCIO DE NOTAS • REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA
RUA TIGRELA CARVALHO, 100 - CENTRO - SANTA RITA - PB 58200-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
ROGERIO GOMES DA SILVA
Em test. da verdade, Santa Rita-PB 25/01/2018 13:49:05
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
(2018-000262)EMP:R\$ 9,48 FAPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AG072723-KIXL
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>
Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 7916 Atd: Nao Regula
Data: 21/02/2017
Hora: 00:12:51
Recepcionista: CLAUDENICE GALVAO DA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO
CNS: 706000315642045 Sexo: M IDENTIDADE: 1596164 Fone: 988547560
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 11/05/1973 Id: 43 ano(s)
End.: RUA EVANGELICO JOSE FERREIRA DE AGUIAR, 107
Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: CICERA MENDES DE MELO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUTONOMO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO
Tel. Responsavel: 988547560 / IDENTIDADE: 1596164
F. Residencia: HOSPITAL TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.02.004448
Estado Civil: NAO INFORMADO
Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violência por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispineia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vômito
Observacao

Q. Exa Principal.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente em atendimento no hospital
de trauma com dor e deformidade no
meio da perna por acidente de moto
apresentando lesão múltipla em perna

Diagnostico Fratura exposta
dos ossos da perna

Prescrição

Roxo x da perna
Fratura exposta
dos ossos da perna

COMPREV
PREVIDENCIA SIA
07 FEV. 2018
PROTÓCOLO

Dr. Rômulo Soares de Almeida
0333-3333-3333
CPF: 119.533.554-68

Horário da medicação - SAT
- clonazepam 2mg
Dr. Rômulo
STAFF: Dr. Rômulo



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Marcos P. Melo Data da Admissão: 20/02/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (x) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor e deformidade em pernas
HDA: Perante com dor, sede me a
função + por anti-me por me
devido tra me por anti-me de modo

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

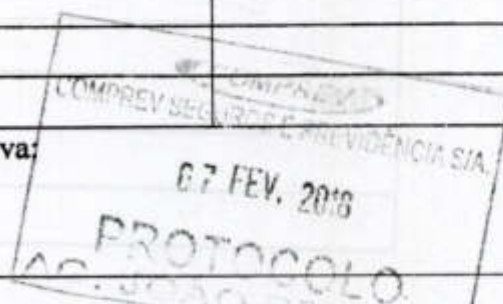
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [x] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [x] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [x] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>por Marco P. de mel</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>12.04.14</u>	Cirurgião: <u>DR. JACQUES SANTOS</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>DR. JACQUES SANTOS</u>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>FERIMENTO EM PÉ ENQ.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O MEMO</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>EMBEITO DE IGLE TODA EM PÉ ENQ.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 (✓) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 (✓) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



20/02/17 21.00

BuF

Paciente apresentando edema +2/4+ e equimose periorbitais (B).
Além disso, lesão periorbita. FEE em supercílios D
Sem sinal de fratura facial

Id. Apresentando oportunidade de sutura
Em tempo, maligada superior

Dr. Claudio Nunes Ribeiro Neto
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
DTM e Dor Orofacial
CRO-18 3057

Dr. C. Guimarães
Cédula BuF.

Ortopedia 20/02/17 22:00h

Paciente vítima de
acidente de moto (SIC)
Apresenta fratura exposta
da tíbia (D) 1/3 unido

de verto e liberado pelo
MF e cirurgia geral

Id. Ao Ortopedia

em margem de
sacos com proteção.

- Ceftazolin 2g EV. qd

- SAT 0,5 ml I.M.

- fole injunção podotica

Dr. Rodrigo Castro de Amore
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 004717/01-3331



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito analgésicos
- ② Antissepsia + assepsia MIO

Incisão: ③ Incisão anterior longitudinal 1/3 médio pé ④

④ Dissecar por planos até atingir os ossos.

Achados:

- ⑤ Fratura cominutiva do 1/3 médio da tíbia ⑥

Conduta: ⑥ Redução aberta da fratura da tíbia ⑦

⑦ Fixação interna com placas PCP longa 12 furos + 08 parafusos laterais 4,5 mm

⑧ Hemostasia + limpeza cirúrgica

⑨ Sutura por planos + pele penne ⑩

Fechamento:

OBS:

Data: 14/03/14

Dr. Rodrigo Costa
MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

ADH
Aberto

Incisão:

Achados:

Bulmo forte

Conduta:

Dg e marb
Dih Lament

Fechamento:

PROCOLO
Cura

OBS:

Data:

21.09.11

Dr. Roberto Ode Dalardi
Cirurgião Plástico
CRM-PB 1006 / RPE-128
MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pac em decúbito dorsal aut.

limpeza e antisséptico e colocação dos curtos

Incisão:

Achados:

P

Conduta:

2 curtos
Retiro de enxerto de pele total de região
segundo e preparo e colocação de enxerto
e fixação e sutura 4 pontos 3.0 e 4.0

Fechamento:

OBS:

Data: 12/04/12

Dr. Jailson Dantas
Cirurgião Plástico
CRM/PB 5116

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ []HTF
[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa
[]Trauma []Neo []Tabagismo
[]Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

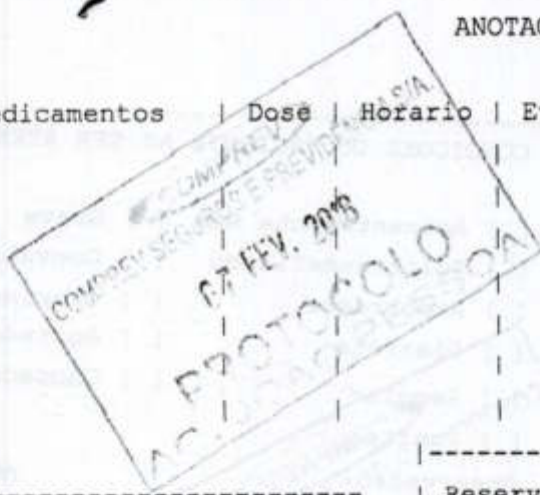
Hipóteses Diagnósticas: Fratura exposta dos ossos da perna ②

Conduta: internação hospitalar

Dr. Everton
CRM-PB 123456

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-085



José Marcos Pereira de Melo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.596.164 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2014

COGUME JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO

FILIAÇÃO JOÃO PEREIRA DE MELO
CICERA MENDES DE MELO

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB

DOC ORIGEM NASC.N. 58975 FLS. 192 LIV. A 84
CARTÓRIO MAMANGUAPE PB

DATA DE NASCIMENTO 11/05/1973

CPF 713.792.904-49

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 FEV. 2018

PROTOCOLO

AC. JOAQUIM



Nº

07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
046.502.754 - 74

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nascimento
21/08/1982



**CARTEIRA DE IDENTIDADE
DE ADVOGADO**



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 FEV. 2018

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome
ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Estado
RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade
BRASILEIRA

Data de Nascimento
21/08/1982

Data de Comparação no O.A.B.
13/12/2008

Data de Colação de Grau
30/07/2007

Data de Expedição
12/01/2008

He Mano Junior
JOSÉ MARIO PORTO JÚNIOR
PRESIDENTE



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180045710

CPF da Vítima

413.492.94-49

Nome completo da vítima

JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO	413.492.94-49	
Endereço	Número	Complemento
Santa Juliana	510	
Bairro	Estado	CEP
Alameda Quilômetro	PR	58280-000
Cidade		Telefone (DDD)
Alameda Quilômetro		(031) 70665-4700
E-mail		
jozemarcospereira@gmail.com		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	BANCO	CONTA CORRENTE (todas as bancas)
0044	00108478	BRB	BRB
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	AGÊNCIA	CONTA
		000	000
		(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Alameda Quilômetro, 12 de Março de 2018

Local e Data

JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180075710

Cidade: Mataraca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Data do acidente: 20/02/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA E FERIMENTO DE PARTES MOLES DO PÉ ESQUERDO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA DIREITA E PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E PÉ ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSITESE COM PLACA E PARAFUSOS NA PERNA DIREITA E REPARAÇÃO DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DO PÉ ESQUERDO COM CIRURGIA PLÁSTICA E ENXERTO DE PELE. HOVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA PERNA E RESOLUÇÃO DO FERIMENTO DO PÉ COM ENXERTO DE PELE, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA À DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E PÉ ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E PÉ ESQUERDO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MID.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Marcos Pereira de Melo,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
motorista, CI RG nº 1-596.164,
CPF/MF nº 713.792.904-49, residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Jurema, S/N - área rural,
Cidade de Matamizpe, Estado
Paraíba, CEP: 58280-000, telefone
38658-7210, *98663-4900 99105-5363

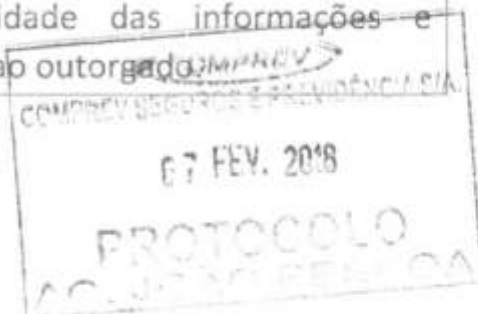
OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado,
399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

Santa Rita, 04 de setembro de 20 17.

JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

OUTORGANTE



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Nº Sinistro: 3180075710

Vitima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Data do Acidente: 20/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180075710**.

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 12393716



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Sinistro: 3180075710
Vítima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO
Data do Acidente: 20/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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 3180075710** 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, 09 de Março de 2018

Carta nº 12491319

A/C: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180075710 ASL-0050340/18
Vitima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO
Data Acidente: 20/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Carta nº: 12611999

A/C: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Nº Sinistro: 3180075710
Vítima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO
Data do Acidente: 20/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 000000108478-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

713.792.904-49

Jose Marcos Pereira de Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Marcos Pereira de Melo		CPF titular da conta 713.792.904-49	Profissão motorista
Endereço Sítio Juvenna		Número 51N	Complemento
Bairro Área rural	Cidade Mamanguape	Estado PB	CEP 58280-000
Email alexandracaranduaite@hotmail.com		Telefone (DDD) 98663-4900	

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

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
07 FEV. 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

0044

00108478

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Samia Rita 01 de Setembro de 2017

Local e Data

JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

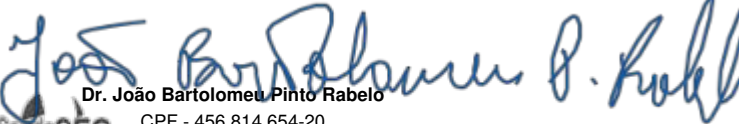
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180075710
Nome do(a) Examinado(a): Jose Marcos Pereira de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Jurema, S/N
Zona Rural Mamanguape PB CEP: 58280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1596164
Data local do acidente: [20/02/2017]
Data local do exame: [02/03/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA E FERIMENTO DE PARTES MOLES DO PÉ ESQUERDO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSETESE COM PLACA E PARAFUSOS NA PERNA DIREITA E REPARAÇÃO DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DO PÉ ESQUERDO COM CIRURGIA PLÁSTICA E ENXERTO DE PELE.
Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 21/07/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA DIREITA E PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E PÉ ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E PÉ ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA À DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E PÉ ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E PÉ ESQUERDO.
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 o 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem seqüela permanente"
(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):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 0195/2017

Aos VINTE E UM dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MATARACA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **THIAGO DE VASCONCELOS SANDES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:41min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO, conhecido por ZECA, Identidade nº 1.596.164-2ª VIA-SSDS/PB, CPF nº 713.792.904-49, nacionalidade Brasileiro, estado civil: Solteiro, filho(a) de João Pereira de Melo e de Cícera Mendes de Melo, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 11/05/1973 (44 anos de idade), do sexo Masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, s/nº, Sítio Jurema, Zona Rural, tendo como ponto de referência: próximo a senhora Santinha, na cidade de MAMANGUAPE/PB. Tel. 83 98618-7210

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTO;

2) DATA DO FATO: 20/02/2017;

3) HORÁRIO: 15h:00min;

4) LOCAL: próximo a Usina Agincam

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que na data citada acima, estava a caminho de sua residência em sua Moto Marca/Modelo YAMAHA YBR 125K, ANO 2006, COR PRETA, PLACA MOI 4318/PB, CHASSI 9C6KE092070071388, RENAVAM 0089982846-9, o noticiante afirma que ainda não passou a documentação da referida moto para o seu nome, o documento se encontra no nome de Rogério Gomes da Silva; que no local citado houve um abaloamento entre sua referida moto e outra moto, causando Trauma na perna direita, conforme Certidão nº0764/2017, ficha de atendimento ambulatorial nº 7916, prontuário nº 2017.02.00448, do Complexo hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO

Noticiante

Hyamene Domingues de Menezes Lyra
Escrivã AD-HOC

