



Número: **0823444-22.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37720 220	11/12/2020 09:43	2772816_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

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

DAL001 V001/2017



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

ST JUREMA, SN - AREA RURAL

WAMANGUAPE/PE CEP: 55200-000 (AQ: 14)

Empresa: 16/12/2017 Referência: Dez/2017

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO B-20, Km-25 - Crato Recente - João Pessoa/PE - CEP: 55071-450

Potência: 3 x 14 - 187 - 8120 Nº medidor: 00000783111

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 06.980.001-40 INSC. EST: 16.015-023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 470 524

Cód. para Débito Automático: 00000 160858

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

UC (Unidade Consumidora): 5/615085-8

Canal de contato

Diversão com segurança e a sua segurança devem ser priorizadas. Nunca empurre ou puxe os fios elétricos e não os toque caso estejam aquecidos na rede. Em caso de defeitos, procure um profissional qualificado para reparar a instalação. 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	Valor (R\$) Base Calc. At	Valor (R\$) Base Calc. At
0801	Consumo (kWh)	71,000	0,70/1000	49,70	49,70	0,40
0801	Adic. B. Verificação			2,82	2,82	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
1811	CONTRIB. EL. DO SUS. PÚBLICA			0,15	0,00	0,00
1811	CONTRIB. EL. DO SUS. PÚBLICA			0,15	0,00	0,00
1811	CONTRIB. EL. DO SUS. PÚBLICA			0,15	0,00	0,00
1811	CONTRIB. EL. DO SUS. PÚBLICA			0,15	0,00	0,00

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

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

Histórico de Consumo (kWh)

89 | 71 | 73 | 73 | 82 | 72 | 84 | 98 | 77 | 86 | 100 | 119
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/17

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

Indicadores de Qualidade

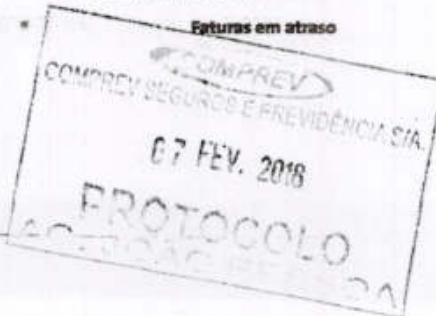
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGRESSÃO	13,17	0,71	NOMINAL
DIGRESSÃO	25,34		220
DIGRESSÃO	52,38		
DIGRESSÃO	5,12	1,00	CONTRATADA
DIGRESSÃO	18,04		200
DIGRESSÃO	32,45		330
DIGRESSÃO	1,20	0,71	
DIGRESSÃO	15,00		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesa de C. de Energia	13,42	21,25
Despesa de C. de Energia	13,42	21,25
Despesa de Transmissão	1,15	1,82
Despesa de Distribuição	2,82	4,48
Despesa de C. de Energia	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	53,14	100,00

Valor de Base Calc. (R\$) 10/2017: R\$ 13,41

ATENÇÃO

Faturas 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/BIBLIOTECASWEB/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 invalidez da Vítima 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 <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Memaria</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracarduante@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-9905-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa, 05 de Dezembro de 2018
Local e Data

Alexandre Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

D\O\B\001\0001\2017



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: Stº 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
vitima 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 vitima reclamante do sinistro)



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

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 706000315642045 Sexo: M IDENTIDADE: 1596164 Fone: 988547560

Num. Prontuario: 2017.02.004448

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

Pai: JOAO PEREIRA DE MELO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AUTONOMO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Tel. Responsavel: 988547560 / IDENTIDADE: 1596164

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

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%:

Q. Txa Principal.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

[] Vomito

Observação

07 FEV. 2018

Clonando
Rec. de
Cópia de
Cópia de

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente em sala de espera do hospital
de trauma com dor e deformidade em
meio da perna por acidente de moto
apresentando lesão punhaliforme em perna
Diagnostico Fratura exposta - internação hospitalar
dos ossos da perna - imobilização

Prescrição

Roxo x da perna
Fratura exposta
dos ossos da perna

Horário da medicação - SAT

- Cefazolina 2g

Dr. Rômulo Soares de Almeida
0340-2014-1111
CPF: 034.034.034-03

Dr. Rômulo Soares de Almeida
0340-2014-1111
CPF: 034.034.034-03

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 perna (D)
HDA: Lesão com dor, edema e
lesão com dor, edema e
lesão com dor, edema e

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 [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] 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: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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





20/02/17 21.00

BuF

Presente apresentando edema +2/4+ e equimose periorbital (D).
Além disso, lesões periorbitais FCC em superfície D
sem sinal de fratura facial

Id. Apresentando pontuação de edema
Em tempo, maligado edema
De Rodrigo Nunes Ribeiro Neto
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
DTM e DOR Orofacial
CRO-18 3057

Ed. C. Cimentação
Ed. BuF.

Ortopedia 20/02/17 22:00h

Perante vítima de
acidente de moto (SIC)
Apresenta fratura exposta
da tíbia (D) 1/3 unido
do rádio e ulna pelo
MF e cirurgia geral
Ad. Ao Ortopedia
em margem de
acordo com protocolo.
- Ce. fratura 2g EV. apre
- SAT 0,5 ml I.M.
- tela inguina pedética

Dr. Rodrigo Castro de Amaro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 38477 e 3331



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito
anestésico
- ② Antissepsia + asepsia M.I.D

Incisão:

- ③ Incisão anterior longitudinal 1/3 médio
perna ④

- ④ Dissecção por pontos até plano ósseo

Achados:

- ⑤ Furores cominativos do 1/3 médio da
tíbia ⑥

Conduta:

- ⑥ Redução cruenta 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 pontos + pele perna ⑩

Fechamento:

OBS:

Data: 14/03/14

Dr. Rodrigo Castro
MÉDICO/CRM

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

OTF
Aberto

Incisão:

Achados:

Sulco fístula

Conduta:

Dsg e marb
Dth e la ment

Fechamento:

Curativo

OBS:

Data:

21.09.17

Dr. Suelio Moreira Torres
Cirurgião Plástico
CRM-PB 4005 / RQE-128
MÉDICO CRM

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pac em decúbito dorsal aut.

Inseção e autoseção e colocação de curativos

Incisão:

Achados:

P

Conduta:

Realização de enxerto de pele total de região dorsal

1. autotransplante de pele 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 1166

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa []HTF

[]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 ①*Conduta: *internação hospitalar*Dr. EVERALDO
CRV-PB

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

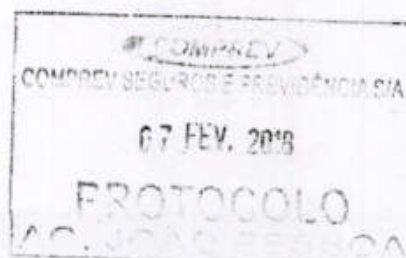
DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







Nº

078333220

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

PROTÓCOLO
AG 15.666-200
ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Nome do Advogado
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome do Advogado
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Estado
RIO DE JANEIRO-RJ

Seção
BRASILEIRA

Data de Nascimento
21/08/1982

Data de Inscrição no O.A.B.
01/12/2008

Data de Cessão de Direitos
30/07/2007

Data de Expedição
12/01/2008

Jose Mario Porto Junior
JOSÉ MÁRIO 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

413.492.904-49

Nome completo da vítima

JOÃO MARCOS PEREIRA DE MELO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOÃO MARCOS PEREIRA DE MELO	413.492.904-49	
Endereço	Número	Complemento
Santa Helena	SIN	
Cidade	Estado	CEP
Alameda da Glória	SP	05280-000
E-mail	Telefone (DDD)	
	(11) 7865-4100	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> 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\$ 7.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
BRABESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)		BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
0044	00108448		
(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.

Assinatura 12 de Março de 2018

Local e Data

JOÃO MARCOS PEREIRA DE MELO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001/001/2017



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, OSTEOSSETESE 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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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 Matamoras, Estado
Paraíba, CEP: 58280-000, telefone
386387210, *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.

67 FEV. 2018
PROTOCOLO
ACQUA FENICA

Santa Rita, 01 de setembro de 20 17.

JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

OUTORGANTE

BOLETO DE AZEVEDO
1º Tabelião de Protestos de Letras
e MARCOS PEREIRA DE MELO
Estad. da verdade. Santa Rita-PB 01/09/2017 13:57:07
Virgílio Veloso Borges Bourado 4466366 - Substituído
(2017-00720) JEPB-RS Nº 23 FMS/2017 Nº 27 FEP/2017 Nº 185
a autenticidade em 2017 e 2018.



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 01877/01878 - carta_01 - INVALIDEZ

00010939



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

Pag. 00923/00924 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12423371



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

Pag. 01385/01386 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Carta nº: 12611999

A/C: 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

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

Pag. 01683/01684 - carta_15R - INVALIDEZ

00020842



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 Area rural	Cidade Idamarã - GO	CEP 78280-000
Email alexandracerqueira@hotmail.com	Estado GO	Telefone (DDD) 62 98663-4700

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ 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

R/RQ
0044

D/V

CONTA

R/RQ
00108478

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

R/RQ

AGÊNCIA

R/RQ

D/V

CONTA

R/RQ

D/V

(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.

Santa 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 Vítimas do Seguro DPVAT**

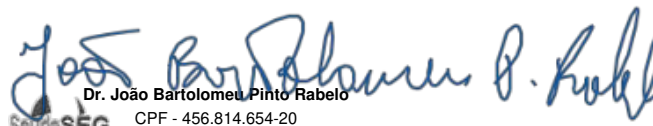
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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, OSTEOSSITESE 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, DÉFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E PÉ ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: 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 DÉFICIT 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 (*).
- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- 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, escrivã(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, escrivã(o) que digitei.

JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO

Noticiante

Hyamene Domingues de Menezes Lyra
Escrivã AD-HOC

