



01/10/2020

Número: **0801234-34.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **22/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 14.300,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEX CARVALHO SANTOS (AUTOR)		RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
JANIO DANTAS GUALBERTO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34979 934	01/10/2020 11:09	Petição	Petição
34979 936	01/10/2020 11:09	2717184_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
34979 940	01/10/2020 11:09	2717184_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
34979 941	01/10/2020 11:09	2717184_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Nº Sinistro: **3180303187**

Vítima: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180303187**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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

Pag. 00753/00754 - carta_01 - DAMS



Carta nº 13067801



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**
Nº Sinistro: **3180303187**
Vítima: **ALEX CARVALHO SANTOS**
Data do Acidente: **04/03/2018**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180303187**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- DUT ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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. 00847/00848 - carta_03 - DAMS



Carta nº 13085422



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Carta nº: 13174418

A/C: ALEX CARVALHO SANTOS

Nº Sinistro: 3180303187
Vitima: ALEX CARVALHO SANTOS
Data do Acidente: 04/03/2018
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ALEX CARVALHO SANTOS

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000000042

Conta: 00000061247-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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. 00969/00970 - carta_12 - DAMS



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 377.875848-90	Nome completo da vítima Alex Carvalho Santos
---------------------------	---------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alex Carvalho Santos		CPF titular da conta 377.875 848-90	Profissão Recusante
Endereço R - NS das graças		Número 85	Complemento casal
Bairro Centro	Cidade Maracajá	Estado Paraná	CEP 58270000
Email		Telefone (DDD) 83199420-7918	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0042 D/V <input type="checkbox"/> CONTA NRO. 061247 D/V 3 <small>(Informar dígito se existir)</small>		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	

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.

Local e Data
Maracajá, 25 de Junho de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 26/06/2018

>> CONTA SEM MOVIMENTACAO NESTA DATA

|MOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 0042 - GUARABIRA

OPER: 013

CONTA:

61.247-3

NOME: ALEX C SANTOS

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 0,00

BLOQUEADO:

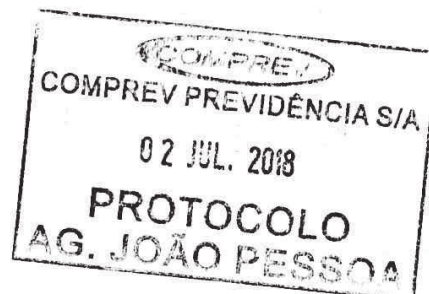
0000

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. H4A21539
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE ARAÇAGI/PB
Rua Felipe Rodrigues nº 10, centro Araçagi/PB, Fone (83) 3274.1331-98123.7705.

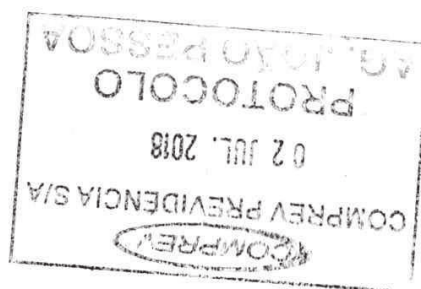


CERTIDÃO

CERTIFICO que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº **001/2018** desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas **097** registro de nº **097/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos seis dias mês de Abril de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Araçagi/PB, na Delegacia de Polícia, presente, o DEL. POL **IVANILDO MORAES DE MEDEIROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, ai, por volta das 11:57 horas, compareceu: o (a) Sr^(a) **ALEX CARVALHO SANTOS**, solteiro, nascido em 22/11/1989, Natural de Guarabira/PB, comerciante, **RG: 468243495 SSP/PB, Alfabetizado**, Filiação VANEIDE CARVALHO DOS SANTOS E DE CARLOS ANTONIO CARLOS DOS SANTOS, empresário, Endereço à Rua NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, nº 35, Bairro BELA VISTA, ARAÇAGI/PB. **Fez o seguinte registro:** Que no dia 04/03/2018, se acidentou em sua motocicleta, PLACA QFA-8287, ano 2014, modelo 2014, cor preta, HONDA FAN, CHASSI 9C2JC4110ER802813, no momento em que estava saindo do seu comércio, ao perder o controle da motocicleta foi a solo; Que quebrou o pulso da mão direito no acidente; Que foi atendido no Pronto Socorro de Fratura de Guarabira; Que foi socorrido por populares; Que a motocicleta é de propriedade do queixoso. O referido é verdade, dou fé.

Araçagi/PB, 06 de Abril de 2018.

Noticiante:

Escrivão de Polícia

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX CARVALHO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000061247-3

Nr. da Autenticação 0A12B8E5CD55201C



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui barabosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (83) 3271 1156

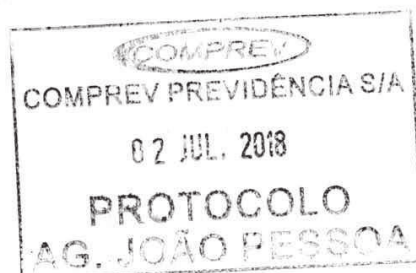
Fax: (83) 3271 4032

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, ALEX CARVALHO SANTOS, brasileiro, residente e domiciliado à rua Nossa Senhora das Graças Nº 46, centro, Araçagi-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda – CNPJ: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 04/03/2018, tendo como diagnóstico de Fratura exposta do Rádio distal direito CID 10 S52.5, submetido a tratamento cirúrgico no dia 05/03/2018, com quadro clínico exame realizado raios x do punho direito e imobilização tipo tala gessada membro superior, colocado material de síntese, 01 (um) Placa em T e 03 (três) Parafusos Corticais, 02 (dois) Fios Kirshned, com alta hospitalar no dia 06/03/2018. Conforme consta na ficha ambulatorial Nº 350.955/2018 e prontuário Nº 049/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 13 de Março de 2018.

Dr. Tenistocles de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7618



ATO DECLARATÓRIO

Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: Alex Carvalho Santos	Matrícula: 350955
Idade: 32.11.89 21a	Categoria: SUS
Sexo: M	Profissão: Q1/CONDOM
Est. Civil: S	Naturalidade: São Paulo
Residência: R. 1.251° de Guacora 46	Data: 04/03/18
	RG: 981871255
HDA: 702 2046 1931 2260	CG: 468 243495

Plat. Fratura 2. Alça 26

Fratura de 1.ª e 2.ª costelas - direita

Diag. Clínico: Fratura de 1.ª e 2.ª costelas - direita

Diag. Radiológico:

Tratamento: 1. Placa + parafusos

Dr. Alexandre de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1014 OPP: 001.136.954-02



Scanned by CamScanner



ATO Secretário
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: Alex Carvalho Santos	Matrícula: 350955
Idade: 22.08.97 27an	Categoria: 004
Sexo: M	Profissão: autônomo
Est. Civil: S	Naturalidade: 500 Pádua
Residência: R. 1.ª de Maio 46	Data: 03/03/18
HDA 702 2046 1931 2260	RG 981871255
	NC 468243495

Plt. Vitor A. Almeida 26

Diag. Clínico:

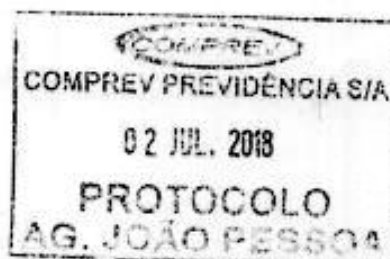
Fratura de fêmur distal

Diag. Radiológico:

Tratamento:

1. Fixação com placa e parafusos

Dr. Fernando de Jesus Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 10.000.000.000.000.000



Scanned by CamScanner



FRANCISCO JOSE DOS SANTOS
RUANS DAS GRACAS, 35 - CENTRO
ARACAGI/ PB CEP. 58270000 (AG. 22)

Emissão: 11/04/2018 Referência: Abr / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 5 - 27 - 255 - 8100 Nº medidor: 00200489793

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/ PB - CEP 53071-920
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 04.787.456

Cód. para Débito Automático: 00009833528

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI

Abr / 2018 11/04/2018 11/05/2018 62388010420

UC (Unidade Consumidora): 5/593352-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatu-
ramentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-
tações dos faturamentos mensais dos débitos do ano
a que se refere e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Viu um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue ime-
diatamente para a Energisa e peça auxílio para isolar o local.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/03/18	17397	11/04/18	17497	1	110	30
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alq. Ictm (R\$)	Base Calc. Pst (R\$)	Cobrança (R\$)
				Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS	Pst/Cobrança (R\$) (0,9161%) (4,2156%)	
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,249770	7,49 27	2,02 7,49	0,37 0,32
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,428170	29,97 27	8,09 29,97	0,27 1,26
0601	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	10,000	0,842250	8,42 27	1,73 8,42	0,06 0,27
0610	Subsídio			38,29 38,29 27	0,80 38,29	0,33 1,52
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			0,16 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0604	JUROS DE MORA 03/2018			0,16 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0605	MULTA 03/2018			0,00 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0908	Devolução Subsídio			38,29 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
TOTAL						
				84,93 30,17	21,64 80,17	0,73 3,32

Média últimos meses (kWh) 112

VENCIMENTO 18/04/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 64,93

Histórico de Consumo (kWh)

112 | 121 | 106 | 112 | 107 | 114 | 115 | 118 | 131 | 107 | 99 | 108
Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18

RESERVADO AO FISCAL
5c2b.1c78.c3f6.ae76.95cf.a154.aa61.a063.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
			NOMINAL	CONTRATADA
DIC MENSAL	5,91	0,00	220	232
DIC TRIMESTRAL	11,82			
DIC ANUAL	23,64			
FIC MENSAL	3,46	0,00	220	232
FIC TRIMESTRAL	8,97			
FIC ANUAL	13,95			
DMC	3,46	0,00		
DICRI	12,22			

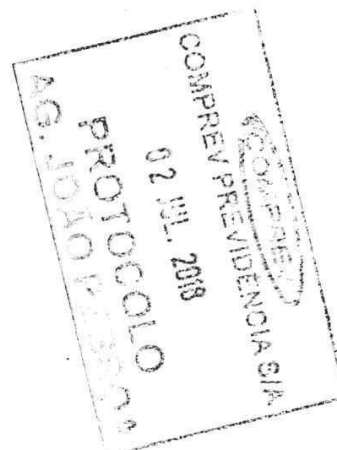
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	11,40	17,55
Compra de Energia	13,48	20,75
Serviço de Transmissão	1,75	2,70
Encargos Setoriais	3,16	4,87
Impostos Diretos e Encargos	25,14	38,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,93	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2018) R\$ 11,88

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 24,83

Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 11:09:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111095329200000033433056>

Número do documento: 20100111095329200000033433056

Num. 34979936 - Pág. 11

JOSÉ BARBOSA DOS SANTOS
RUA. OCA ATAIDE, 889 - NOVO
GUARABIRA/PB CEP: 51200000 (AG 22)

Emissão: 14/06/2018 Referência: Jun/2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MC/NOFÁSICO
Roteiro: 7 - 22 - 85 - 4040 Nº medidor: 0008884958

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.096.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 007.938.422
Cód. para Dab. Automático: 00001664614

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2018	14/06/2018	16/07/2018	27893790415 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/166461-4**

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/05/18	3007	14/06/18	3007	1	0	30

Demonstrativo		Quantidade - Tarifa / Valor Base Calc Aliq - Icms(R\$) Base Calc Pis(R\$) Cofins(R\$)					
CCI	Descrição	Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Cofins(R\$)	(1,5006%)	(4,1464%)
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	JUROS DE MORA 02/2018	3,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2018	3,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2018	2,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2018	2,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MCNETÁRIA 02/2018	3,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MCNETÁRIA 03/2018	3,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	18,45	0,00	0,00	0,00	0,00
-----	---------------------------------	-------	-------	------	------	------	------

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
253 **21/06/2018** **R\$ 18,45**

Histórico de Consumo (kWh)													
208	180	187	177	182	188	218	183	183	224	578	517		
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18		

RESERVADO AO FISCO
f36b.4e10.5099.4310.035a.f1f3.b877.e641.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,82	0,00	NO MINIMAL	Serviços de Dist. de Energia PB	0,00	0,00
DIC TRIMESTRAL	23,64			Compra de Energia	0,00	0,00
DIC ANUAL	3,48	0,00	CONTRATADA	Serviços de Transmissão	0,00	0,00
FIC MENSAL	6,97		LIMITE INFERIOR	Encargos Setoriais	18,45	100,00
FIC TRIMESTRAL	13,95		LIMITE SUPERIOR	Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
FIC ANUAL	3,48	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	12,22			Total	18,45	100,00
DICRI				Valor do EUSD (Ref. 4/2018) R\$ 132,38		

COMPREV PREVIDENCIA S/A
02 JUL 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av: Rui Barbosa - 240 - Centro – Guarabira – PB

Fone: (83) 3271 – 1156 Fax: (83) 3271 – 4032

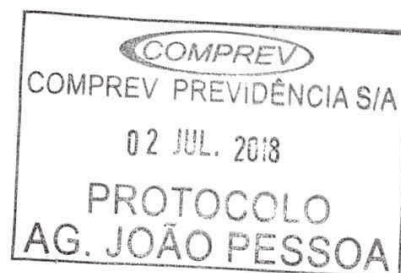
RECIBO..... 3.500,00

Recebi do Sr. ALEX CARVALHO SANTOS, a importância líquida de R\$ 3.500,00 (Três Mil e Quinhentos Reais), ref. a atendimento médico cirurgico realizado na pessoa do mesmo.

Para maior clareza, firmo o presente recibo, dando plena e total quitação.

Guarabira, 05 de Março de 2018.


09.239.906/0001-38
Pronto Socorro De Fraturas
De Guarabira - Ltda - Prostag
Av. Rui Barbosa - 240
Centro - Cep: 58.200.000
[Guarabira - PB]



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

Nome do Paciente: Alex Carvalho Santos
Convênio: Particular
Diagnóstico: Fratura do Rádio distal do Rádio
Procedimento: Internamento Cirúrgico
Data do Internamento: 05/03/2018
Data da Alta: 06/03/2018
Prontuário ou ficha Ambulatorial: 049/2018

Honorários Médicos

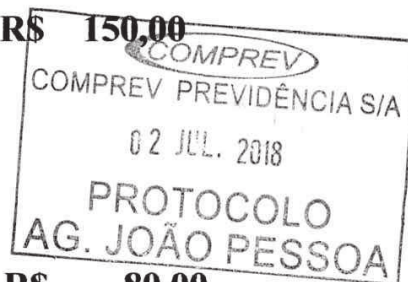
Cirurgião	01	R\$ 1.444,96	R\$ 1.444,96
Auxiliar	01	R\$ 188,94	R\$ 188,94
Anestesista	01	R\$ 712,00	R\$ 712,00
Sub-Total.....	R\$	R\$ 2.345,90	

Diária de Apartamento	01	R\$ 150,00	R\$ 150,00
------------------------------	-----------	-------------------	-------------------

Exame Radiológico

Raios x do Punho	02	R\$ 40,00	R\$ 80,00
Fio Kirshned	02	R\$ 75,00	R\$ 150,00
Placa em T	01	R\$ 540,00	R\$ 540,00

(Incluindo 03 Parafusos Corticais)



09.239.906.906/0001-38
Pronto Socorro de Fraturas
De Guarabira - Ltda - Prodrag
Av. Rui Barbosa - 240
Centro - Guarabira - PB



Nomenclatura Medicamento de Sala e Enfermaria
Quantidade valor Unitário Valor Total

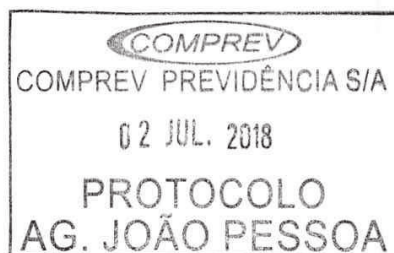
Pov. Digermante	120ml	R\$ 0,10	R\$ 12,00
Pov. Tópico	180ml	R\$ 0,08	R\$ 14,00
Diclofenaco amp	04 amp	R\$ 2,81	R\$ 11,24
Cefalotina amp	04 amp	R\$ 5,55	R\$ 22,20
Soro Fisiológico	02 unid	R\$ 2,96	R\$ 5,92
Soro Glicosado	01 unid	R\$ 3,33	R\$ 3,33
Neocaína 5%	01 amp	R\$ 14,00	R\$ 14,00
Efortil amp	01 amp	R\$ 5,98	R\$ 5,98
SUB-TOTAL			R\$ 88,67

Material de Sala e Enfermaria

Equipo	01	R\$ 0,63	R\$ 0,63
Scalp	02	R\$ 0,49	R\$ 0,98
Mononaylon	02 unid	R\$ 6,70	R\$ 13,40
Luvas	04 pares	R\$ 1,00	R\$ 4,00
Lâmina de bisturi	01 unid	R\$ 0,41	R\$ 0,41
Seringa desc. 05cc	04 unid	R\$ 0,65	R\$ 2,60
Seringa desc. 10cc	05 unid	R\$ 0,85	R\$ 4,25
Máscara desc.	04 unid	R\$ 0,40	R\$ 1,60
Gorro desc.	04 unid	R\$ 0,35	R\$ 1,40
SUB-TOTAL			R\$ 29,27

Curativos	02	R\$ 11,06	R\$ 22,12
Taxa de Sala de Cirurgia		R\$ 94,04	R\$ 94,04
TOTAL GERAL			R\$ 3.500,00
(Três Mil e Quinhentos Reais).			

Guarabira, 06 de Março de 2018.



[Handwritten Signature]
 02/03/2018-387
 Pronto Socorro De Guarabira
 De Guarabira - Sala - Profrag
 Av. Jul. Barreto - 100
 Centro - Cep: 55.200-000
 [Guarabira - PB]



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 Luciano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.864334 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex Cavalho Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875-848 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Alex Cavalho Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875-848 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusar-se Renda: Recusar-se e apresento os documentos comprobatórios:

nenhum

☒ Recuso informar

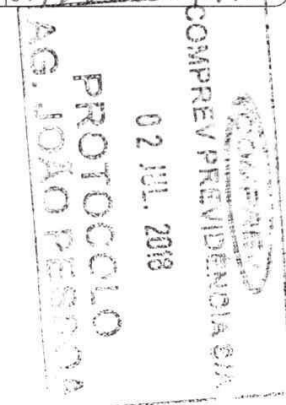
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Alameda</u>		<u>669</u>	<u>casca</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Novo</u>	<u>Guaraluz</u>	<u>Paraná</u>	<u>89200000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>_____</u>	<u>_____</u>		<u>83/99420-7918</u>

Guaraluz 13.25 de junho de 2018
Local e Data

Luciano Santos Oliveira
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: Alex Carvalho Santos	Matrícula: 350955
Idade: 22.11.89 27as	Categoria: SUS
Sexo: M	Profissão: autônomo
Est. Civil: S	Naturalidade: 500 Paulo
Residência: R 1.32º dos Gueon 46	Data: 04/03/18
	RG 981871255
HDA 702 7046 1931 2260	RG 468243495

Plt Vitor de Alencar 26
moro camaron paulista

Diag. Clínico:

Fratura de fêmur direito

Diag. Radiológico:

Tratamento:

1) Fêmur direito

Dr. Alexandre de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1418 11/11/10

Dr. Alexandre de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1418 CPF: 031.136.054-82

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
ALEX CRUZALDO SANTOS			
Data de Operação	05/03/18	Enf.	
Operador	DR. TEODORO	1º Auxiliar	MASSATO
2º Auxiliar		3º Auxiliar	
Anestesia	DR. WELLINGTON	Instrumentador	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura da 12ª costela direita		
Tipo de Operação	TTO Cirúrgico da Fratura		
Diagnóstico Pós-Operatório	O mesmo		
Relatório Imediato do Patologista	NAO		
Exame Radiológico no Ato	Sim		
Exame Radiológico no Ato	Sim		
Acidente Durante a Operação	NAO		

COMPREV PREVIDENCIA S/A
02 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOINT

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos - Visceras

- (1) Plt de 12/14/16/18/20/22/24/26/28/30/32/34/36/38/40/42/44/46/48/50/52/54/56/58/60/62/64/66/68/70/72/74/76/78/80/82/84/86/88/90/92/94/96/98/100
- (2) Anestesia + Campos
- (3) Drenagem longitudinal da fratura
- (4) Redução da fratura
- (5) Fixação com placa e parafusos
- (6) Sutura da pele
- (7) Curativo

Dr. Teodoro de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.116

Dr. Teodoro de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.116

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 11:09:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111095329200000033433056>

Número do documento: 20100111095329200000033433056

Num. 34979936 - Pág. 18

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Alex Camellaro Categ: gyn
 Condição do Parto: _____ Início: _____ Term.: _____
 Médico: [assinatura] Auxiliar: _____
 Anestesiista: [assinatura] Tipo de Anestesia: [assinatura]
 Tipo de Cirurgia: [assinatura]
 Data: 05/02/14 Observação: [assinatura]

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples n°		Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag	<u>5</u>	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag	<u>5</u>	Ringer Lactado
	Catgut Cromado n°		Andrenoplasma
	Catgut Cromado n°		Manitol
<u>5</u>	Catgut Cromado n° <u>2</u>		Alloferine
<u>5</u>	Mononylon n° <u>2</u>		Etrane
	Mononylon n°		Pentrane
	Mononylon n°		Fluotane
	Fios de algodão		thionembatal
<u>5</u>	Scalpe		Marcaína
	Equipo p/ Soro		quelicin
<u>08</u>	Equipo p/ Transusão		Inoval
<u>06</u>	Luvas p/ Pares		Ketalar
	Compressas		fentanil
	Drenos		Methergin amp.
<u>2</u>	Gases		Xilocaina 5%
<u>01</u>	Lâminas de Bisturi	<u>[assinatura]</u>	Xilocaina 2%
<u>[assinatura]</u>	Espadrapo		Atropina amp.
<u>[assinatura]</u>	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
	Povid. Degermante		Prostigmine amp.
	Lacto-gim		Optacilim amp.
<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>01</u>	<u>[assinatura]</u>
<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>01</u>	<u>[assinatura]</u>
<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>01</u>	<u>[assinatura]</u>
<u>04</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 02 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO GESSICA

Responsável

Scanned by CamScanner



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		1º Proctólogo	
Alex Carlos da Silva			
Data da Operação	05/03/18	Enf.	Leito
Operador	Dr. Teófilo	1º Auxiliar	Marcelo
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Dr. Wellington	Tipo de Anestesia	Blockio de 1510
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura da tíbia distal (D)			
Tipo de Operação			
TTO Limpeza da fratura			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O membro			
Relatório Imediato do Psicólogo		NÃO	
Exame Radiológico no Alto		Sim	
Exame Radiológico no Baixo		Sim	
Acidente Durante a Operação		NÃO	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> COMPREV COMPREV PREVIDENCIA S/A 09 JUL 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos - Visceras

- (1) Plt de 10/15/18 no membro
- (2) Acesso à fratura e limpeza da fratura
- (3) Incisão longitudinal e drenagem da fratura
- (4) Redução da fratura
- (5) Fixação com placa e parafusos
- (6) Sutura da pele
- (7) Curativo

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Teófilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 173.115

Dr. Janssô de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 173.115



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Ally Camellera dos Reis Categ: Ally

Condição do Parto: _____ Início: _____ Term.: _____

Médico: [assinatura] Auxiliar: _____

Anestesiologista: [assinatura] Tipo de Anestesia: [assinatura]

Tipo de Cirurgia: [assinatura]

Data: 05.06.14 Observação: [assinatura]

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples n°		Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag	<u>5</u>	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag	<u>5</u>	Ringer Lactado
	Catgut Cromado n°		Andrenoplasma
	Catgut Cromado n°		Manitol
<u>02</u>	Catgut Cromado n° <u>2</u>		Alloferine
	Mononylon n° <u>2</u>		Etrane
	Mononylon n°		Pentrane
	Mononylon n°		Fluotane
<u>01</u>	Fios de algodão		Ethionembutal
<u>02</u>	Scala		Marcaina
	Equipo p/ Soro		quelicin
<u>08</u>	Equipo p/ Transusão		Inoval
<u>06</u>	Luvas p/ Pares		Ketalar
	Compressas		fentanil
<u>02</u>	Drenos		Methergin amp.
<u>01</u>	Gases		Xilocaina 5%
	Lâminas de Bisturi	<u>[assinatura]</u>	Xilocaina 2%
<u>[assinatura]</u>	Esparadrapo		Atropina amp.
<u>[assinatura]</u>	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
	Povid. Degermante		Prostigmine amp
	Lacto-gim		Optacilin amp.
<u>na</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>01</u>	<u>01</u>
<u>01</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>01</u>	<u>[assinatura]</u>
<u>01</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>01</u>	<u>[assinatura]</u>
<u>04</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 JUL 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Responsavel

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEX CARVALHO SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
468243495 SSP SP

CPF
377.875.848-90 DATA NASCIMENTO
22/11/1989

FILIAÇÃO
CARLOS ANTONIO CARLOS
DOS SANTOS
VANEIDE CARVALHO
SANTOS

PERMISSÃO
ACC CATANAR
AB

Nº REGISTRO
04698120905 VALIDADE
27/02/2019 1ª HABILITAÇÃO
15/07/2009

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GUARABIRA, PB DATA EMISSÃO
14/03/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
65121290724
PB028197410

DETRAN-PE (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
894277167

PROIBIDO PLASTIFICAR
894277167





REGISTRO GERAL	3.
NOME	LUCIANO SAI
FILIAÇÃO	FRANCISCO I MARIA DO SO
NATURALIDADE	BARRA DE S
DOC ORIGEM	CERT. CAS. Nº
CPF	014.864.314-02
	João Pessoa - PB





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.107.382 - 2ª VIA
NOME	LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
FILIAÇÃO	FRANCISCO DELFINO DOS SANTOS MARIA DO SOCORRO SANTOS OLIVEIRA
NATURALIDADE	BARBA DE SANTA ROSA-PB
DOC. ORIGEM	03/06/1985
CERT. CAS. Nº 10833 - LIV. 37 - FLS. 89 - CARTÓRIO GUARABARA-PB	DATA DE ASSINAMENTO
CPF	014.864.314-02
Assinatura: [Assinatura]	

COMPREV PREVIDENCIA S/A
02 JUL. 2013
PROTOCOLO
AG. 1010 PESSOA

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
 AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
 TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 369 C.P.C.

J. FIGUEREDO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE ARACAGI/PE
 Rua Castelo Branco, 78 - Castelo Branco - CEP: 56270-000 - Fone: (83)3274-1017 - E-mail: cartoriofigueredo@pe.gov.br
 SYMONNE DE LIMA FIGUEREDO - Oficial Tabelião

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de: **ALEX CARVALHO SANTOS**
 Em test. da verdade. Aracagi-PE 05/04/2018 10:57:01
 Josimeri Paiva Barbosa Franco - Substituta
 [2018-000792]EMOL:R# 49,43 FAREM:R# 0,28 FEPJ:R# 1,90
 SELLO DIGITAL: A6574263-JW74
 Confira a autenticidade em <https://calendario.tnh.mg.br>

REPÚBLICA

DETRAN

VIA 1

ALEX
 RUA
 CENT
 552

3778

FLAV

PLACA ANT/

NOVO

FAS/MOTO

HONDA

CAP/PC

2 E7

SEM RESE

DOCUMENT

H-Motor

ARACAGI

99999999

COMPREV PREVIDENCIA S/A

02 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013747434990

VEICULO: 01019961226
PLACA: 01019961226
ANO: 2014

NOME: RIVAL CARVALHO SANTOS

CPF/CNPJ: 37787684890 PLACA: 01019961226

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 902004110ER802813

ESPECIE TIPO: BAE - MOTOCICLETA/MAG APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN RS ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP/POT/CIL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC GOR PREDOMINANTE: FESTA

COTA UNICA: 1ª VENC. COTA UNICA: 09/00/0000 1ª VENC. COTAS: 09/00/0000 2ª VENC. COTAS: 09/00/0000 3ª VENC. COTAS: 09/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$): 100,00 R\$ (R\$): 100,00 PREMIO TOTAL (R\$): 200,00 DATA DE PAGAMENTO: 09/11/2017

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL: 9999999 DATA: 28/11/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
TOMATORIO, ROLIM, TERRESTRE, CUPOM, CARGA, ACESSO
TRANSPORTADAS OU NAQ/LEGITIMAD

PB Nº 013747434990 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPEDIDO: 2017 DATA EMISSÃO: 09/11/2017

VEICULO: 01019961226 PLACA: 01019961226

ANEXO: 01019961226 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014 CHASSI: 902004110ER802813

PREMIO TARIFARIO: 100,00 R\$ (R\$): 100,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 100,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 100,00 R\$ (R\$): 100,00 TOTAL DO PREÇO DO SEGURO (R\$): 200,00

PAGAMENTO: 100,00 R\$ (R\$): 100,00 DATA DE PAGAMENTO: 09/11/2017


SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.680/0001-03

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237113/18
Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS
CPF: 377.875.848-90

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/03/2018
Titular do CPF: ALEX CARVALHO SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
DUT
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2018
Nome: ALEX CARVALHO SANTOS
CPF: 377.875.848-90

ALEX CARVALHO SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180303187

Data do acidente: 04/03/2018

Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Araçagi

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

Data: 24/07/2018 11:22:59

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO -

Internação: Sim

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.07.20.09-5	FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	2345,90	1814,90
Hospital (Taxas/Diárias)	0013	DIÁRIA APARTAMENTO	150,00	150,00
Hospital (Taxas/Diárias)	0010	CURATIVO MÉDIO	22,12	19,20
Hospital (Taxas/Diárias)	0163	TAXA DE SALA CIRURGIA PORTE III	94,04	94,04
Exames	4.08.03.11-2	RX - PUNHO	80,00	80,00
Materiais			719,27	719,27
Medicamentos			88,67	88,67
Total da Análise Atual			3500,00	2966,08

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ALEX CARVALHO SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	3500,00	2966,08	2700,00



PARECER DE DAMS



Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	3500,00	2966,08	2700,00
------------------------	------	------	------	---------	---------	---------

TOTAL PLEITEADO: 3500,00 **TOTAL AVALIADO:** 2966,08 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Alex Carvalho Santos
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
Profissão: comerciante
Identidade: 468243495 CPF: 377.87588-90
Endereço: Av. dos Guapeas n. 35 B. Centro

OUTORGADO

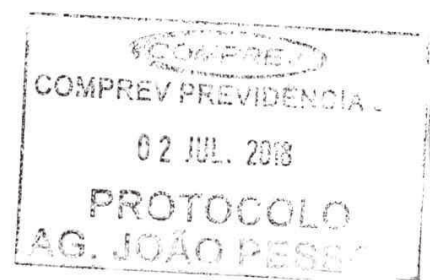
Nome: Raulino Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casado
Profissão: contabilista
Identidade: 3307382 CPF: 034.864.334-02
Endereço: Jaca Pádua n. 669 B. Novo

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima Alex Carvalho Santos.

Local e data:

Guarabira, 25 de junho de 2018

Assinatura do Outorgante



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Duim Pedro II, n. 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP 56200-000 - Fone (81) 3271-8502

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
ALEX CARVALHO SANTOS.....
Em test. da verdade, Guarabira - PB, 25/06/2018 16:02:47
Hardiria Toscano de Sales - Titular
[2018-04537]ENL:R# 19,48 FAREH:R# 0,28 FEP:R# 1,90 FES:R# 0,47
SELO DIGITAL: 4AC51142-X057



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Nº Sinistro: **3180303152**

Vítima: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180303152**.

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 13072546

Pag. 00697/00698 - carta_01 - INVALIDEZ

00020349



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ALEX CARVALHO SANTOS

Nº Sinistro: 3180303152

Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS

Data do Acidente: 04/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180303152**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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. 01677/01678 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13091776



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Sinistro: **3180303152**
Vítima: **ALEX CARVALHO SANTOS**
Data do Acidente: **04/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

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 **3180303152** 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. 00491/00492 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13252119



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: **3180303152**
Nome do(a) Examinado(a): **ALEX CARVALHO SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS nº 35 - CENTRO - ARACAGI/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 468243495 - SSP**
Data e local do acidente: **04/03/2018 ARACAGI/PB**
Data e local do exame: **22/08/2018 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 DIREITO

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

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA, SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA

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

CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 06 CM NA FACE VENTRAL DO PUNHO DIREITO. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO PUNHO DIREITO

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:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO

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 do 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): **PUNHO DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

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



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



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 377.875.848-90	Nome completo da vítima Alex Carvalho Santos
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alex Carvalho Santos		CPF titular da conta 377.875.848-90		Profissão Recusante	
Endereço R - NS das graças		Número 85	Complemento casa		
Bairro Centro	Cidade Macaíba	Estado Pernambuco	CPF 582.70000		
Email		Telefone (DDD) 83199420-7918			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0042 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 061247 D/V 3 (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			
				CONTA NRO. _____ D/V _____ (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.

Macaíba PB, 25 de junho de 2018

Local e Data

Alex Carvalho Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Alex Carvalho Santos

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 26/06/2018

>> CONTA SEM MOVIMENTACAO NESTA DATA

MOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 0042 - GUARABIRA

OPER: 013

CONTA:

61.247-3

NOME: ALEX C SANTOS

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.:

0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL:

0,00

BLOQUEADO:

000

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. H4A21539
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR





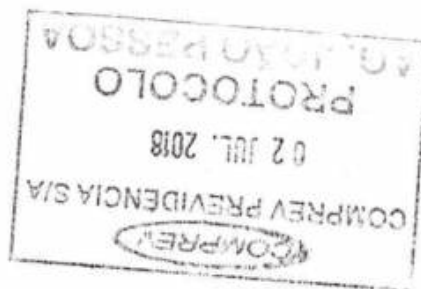
CERTIDÃO

CERTIFICO que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº **001/2018** desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas **097** registro de nº **097/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos seis dias mês de Abril de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Araçagi/PB, na Delegacia de Polícia, presente, o DEL. POL **IVANILDO MORAES DE MEDEIROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, ai, por volta das 11:57 horas, compareceu: o (a) Sr^(a) **ALEX CARVALHO SANTOS**, solteiro, nascido em 22/11/1989, Natural de Guarabira/PB, comerciante, **RG: 468243495 SSP/PB, Alfabetizado**, Filiação VANEIDE CARVALHO DOS SANTOS E DE CARLOS ANTONIO CARLOS DOS SANTOS, empresário, Endereço à Rua NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, nº 35, Bairro BELA VISTA, ARAÇAGI/PB. Fez o seguinte registro: Que no dia 04/03/2018, se acidentou em sua motocicleta, PLACA QFA-8287, ano 2014, modelo 2014, cor preta, HONDA FAN, CHASSI 9C2JC4110ER802813, no momento em que estava saindo do seu comércio, ao perder o controle da motocicleta foi a solo; Que quebrou o pulso da mão direito no acidente; Que foi atendido no Pronto Socorro de Fratura de Guarabira; Que foi socorrido por populares; Que a motocicleta é de propriedade do queixoso. O referido é verdade, dou fé.

Araçagi/PB, 06 de Abril de 2018.

Noticiante:

Escrivão de Polícia



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 Alex Carvalho Santos CPF da Vítima 377.875.848-90 Data do Acidente 04/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ Telefone (DDD) 83 199420-7918

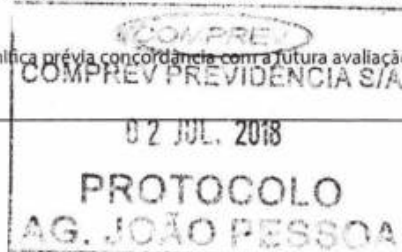
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Processo nº 25 de junho de 2018
Local e Data

Alex Carvalho Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui barabosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (83) 3271 1156

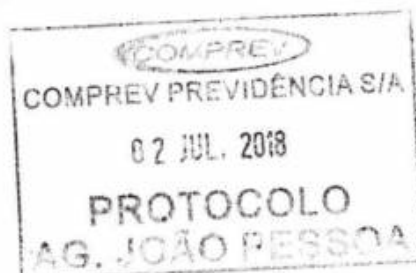
Fax: (83) 3271 4032

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, ALEX CARVALHO SANTOS, brasileiro, residente e domiciliado à rua Nossa Senhora das Graças Nº 46, centro, Araçagi-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda – CNPJ: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 04/03/2018, tendo como diagnóstico de Fratura exposta do Rádio distal direito CID 10 S52.5, submetido a tratamento cirúrgico no dia 05/03/2018, com quadro clínico exame realizado raios x do punho direito e imobilização tipo tala gessada membro superior, colocado material de síntese, 01 (um) Placa em T e 03 (três) Parafusos Corticais, 02 (dois) Fios Kirshned, com alta hospitalar no dia 06/03/2018. Conforme consta na ficha ambulatorial Nº 350.955/2018 e prontuário Nº 049/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 13 de Março de 2018.

Dr. Teófilo de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7E18



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX CARVALHO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000061247-3

Nr. da Autenticação 50131E6AD42974F5



FRANCISCO JOSE DOS SANTOS
RUAS DAS GRACAS, 25 - CENTRO
ARACAGI/ PB CEP. 56270000 (AG. 22)

Emissão: 11/04/2018 Referência: Abr/2018

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDIA MONOFÁSICO - 220 Km 25 - Cota Redentor - João Pessoa/ PB - CEP 53071-400
Rotômetro: 5-27-255-8100 Nº medidor: 0021048783

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. Nº 015523-0

Nota Fiscal/ Carta de Energia Elétrica Nº 064.767.456
Cód. para Dtb. Automático: 0000833028

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI

Abr/2018 11/04/2018 11/05/2018 62388010420

UC (Unidade Consumidora): 5/593352-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração constitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430, de 26 de abril de 2002.
Vou me fiar no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para a leitura correta.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/03/18	17397	11/04/18	17497	1	110	33
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Valor (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,249770	7,49	7,49	27
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,428170	29,97	29,97	27
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10,000	0,842250	8,42	8,42	27
0610	Subsídio			36,29	36,29	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 03/2018			0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 03/2018			0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			0,00	0,00	0,00
TOTAL						
TOTAL				64,93	64,93	0,70

Média últimos meses (kWh) 112

VENCIMENTO 18/04/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 64,93

Histórico de Consumo (kWh)

112 | 121 | 106 | 112 | 107 | 114 | 115 | 118 | 121 | 101 | 85 | 109
Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18

5c2b.1c78.c3f6.ae76.95cf.a154.aa61.a063.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,91	0,00	
DIC TRIMESTRAL	11,52		NOMINAL 220
DIC ANUAL	23,54		
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,97		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	13,95		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	3,48	0,00	
DICRI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa/PB	11,42	17,59
Compra de Energia	12,48	20,75
Serviço de Transmissão	1,75	2,70
Encargos Sinterlig	3,16	4,87
Impostos Diretos e Encargos	25,14	38,92
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,93	100,00

Valor de ELGD (Ref 3/2018) R\$ 11,80

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como BARRA RENDIA, tendo um desconto de R\$ 24,92.

Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 11:09:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010011109541400000033433060

Número do documento: 2010011109541400000033433060

Num. 34979940 - Pág. 11

JOSE BARBOSA DOS SANTOS
RUA OCA ATADE, 889 - NOVO
GUARABIRA/PB CEP: 51200000 (AG: 22)

Emissão: 14/06/2018 Referência: Jun/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/Baixa Renda Monofásico
Rotômetro: 7-22-85-4040 Nº medidor: 00008884958



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.086.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 007.936.422
Cod. para Dab. Automático: 0000164614

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	14/06/2018	16/07/2018	27893790415 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/166461-4

Canal de contato
- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 15/05/18 Leitura 3007	Data 14/06/18 Leitura 3107	1	0	30

CCI	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)
0804 JUROS DE MORA 03/2018	3,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 03/2018	3,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 03/2018	2,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 03/2018	2,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	3,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	3,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)
			18,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
253	21/06/2018	R\$ 18,45

Histórico de Consumo (kWh)	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18
	208	180	187	177	182	189	218	189	183	224	578	517

RESERVADO AO FISCO
f36b.4e10.5099.4310.035a.f1f3.b877.e641.

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QCM MENSAL	11,82	0,00	NUNCA
QCM TRIMESTRAL	23,64	0,00	220
QCM ANUAL	3,48	0,00	202
QCM MENSAL	8,97	0,00	231
QCM TRIMESTRAL	13,95	0,00	231
QCM ANUAL	3,48	0,00	231
QCM MENSAL	12,22	0,00	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	0,00	0,00
Compra de Energia	0,00	0,00
Serviços de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	18,45	100,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	18,45	100,00

Valor do EUSD (Ref. 4/2018) R\$ 132,10

COMPREV PREVIDENCIA S/A
02 JUL 2018
PROTOCOLADO
23. JOAO PESSOA



Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: Alex Carvalho Santos	Matrícula: 350955
Idade: 22.11.89 27an	Categoria: sup.
Sexo: M	Profissão: autônomo
Est. Civil: S	Naturalidade: São Paulo
Residência: R. V. S. dos Góes 46	Data: 04/03/18
Barraque 13	CEP: 98587-1255
H.D.A. 702 7046 1931 2260	RG: 468243495

Plt Vitor de Almeida 26
moro com dor no braço

Diag. Clínico:

Fratura de braço direito

Diag. Radiológico:

Tratamento:

1. Tala Plástica

Dr. Suelio Moreira Torres
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1418 CPF: 931.126.254-82

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
ALEX CARVALHO SANTOS			
Data de Operação	05/03/18	Enf.	
Operador	DR. TEODORO	1º Auxiliar	MASSIMO
2º Auxiliar		3º Auxiliar	
Anestesia	DR. WELLINGTON	Instrumentação	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura da raia distal D		
Tipo de Operação	TTO Limpa da fratura		
Diagnóstico Pós-Operatório	Drenagem		
Relatório Imediato do Patologista	NÃO		
Exame Radiológico no Ato	Sim		
Exame Radiológico no Ato	Sim		
Acidente Durante a Operação	NÃO		

COMPREV PREVIDENCIARIA
02 JUL 2018
PROTOCOLO
43.10.104.100

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos - Visceras

- (1) Plt de 20/1400 e 20/1400
- (2) Acesso + Caporim
- (3) Drenagem longitudinal da fratura
- (4) Redução da fratura
- (5) Fixação com placa e parafusos
- (6) Sutura da pele
- (7) Curativo

Dr. Teodoro de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.104.100

Dr. Teodoro de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.104.100

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 11:09:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111095414000000033433060>

Número do documento: 20100111095414000000033433060

Num. 34979940 - Pág. 15

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Alex Camell... Categ: ...
 Condição do Parto: _____ Início: _____ Term.: _____
 Médico: ... Auxiliar: _____
 Anestesiasta: ... Tipo de Anestesia: ...
 Tipo de Cirurgia: ...
 Data: 05/02/14 Observação: ...

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples n°		Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag	<u>5</u>	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag	<u>5</u>	Ringer Lactado
	Catgut Cromado n°		Andrenoplasma
	Catgut Cromado n°		Manitol
<u>5</u>	Catgut Cromado n° <u>2</u>		Alloferine
<u>5</u>	Mononylon n° <u>2</u>		Etrane
	Mononylon n°		Pentrane
	Mononylon n°		Fluotane
	Fios de algodão		Unionembatal
<u>5</u>	Scaipe		Marcaína
	Equipo p/ Soro		quelcin
<u>08</u>	Equipo p/ Transusão		Inoval
<u>06</u>	Luvas p/ Pares		Ketalar
	Compressas		fentanil
	Drenos		Methergin amp.
<u>2</u>	Gases		Xilocaina 5%
<u>01</u>	Lâminas de Bisturi	<u>1</u>	Xilocaina 2%
<u>2</u>	Espadrapo		Atropina amp.
	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
	Povid. Degermante		Prostigmine amp.
	Lacto-gim		Optacilim amp.
<u>01</u>	<u>aluf...</u>	<u>01</u>	
<u>01</u>	<u>faixa...</u>	<u>01</u>	
<u>01</u>	<u>faixa...</u>	<u>01</u>	
<u>04</u>	<u>faixa...</u>	<u>04</u>	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 02 JUL 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO...

Responsável

Scanned by CamScanner





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

FOLHA DE ANESTESIA

NOME		DATA	
ESTADO CIVIL	CAS. <input type="checkbox"/> VIU. <input type="checkbox"/> DESO. <input type="checkbox"/>	SEXO	MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
COR	BR. <input type="checkbox"/> PD. <input type="checkbox"/> PR. <input type="checkbox"/>	PROFISSÃO	IDADE
ENDEREÇO	AV. (Rua)		BAIRRO
HOSPITAL	CATEGORIA		
C.I.H.	C.P.	INSC.	MATRÍCULA
DIAGNOSTICO			
OPERAÇÃO REALIZADA			
CIRURGIÃO		AUXILIAR	
HORA		PRESSÃO ARTERIAL	
A		PESO	PULSO
G		TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO
E		ESTADO GERAL	
N		B. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	
T		RISCO CIRÚRGICO	
E		B. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	
S		GRUPO SANGÜÍNEO	
CÓDIGO		EXAMES COMPLEMENTARES	
Anestesia X	220		
Operação g	200		
Intub. T	180		
Endotr.	160		
Pres. V	140		
Sístol			
pres. A	120		
Diástol			
Pulso	100		
Resp. RA	80		
Assist.	60		
Resp. RE	40		
Expon.	20		
Resp. contr.			
PREANESTÉSICO		HORA	
ANESTESIA			
GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. DE PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. DE NERVOS <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>			
TÉCNICA			
INÍCIO		TERMINO	DURAÇÃO
1340		1540	20
36.500		MATERIAL GASTO COM O ATO ANESTÉSICO	
27.200			
1		7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	
OBSERVAÇÕES			
ASSINATURA		US 20% RS	

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 11:09:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111095414000000033433060>

Número do documento: 20100111095414000000033433060

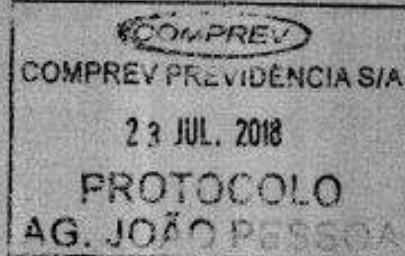
Num. 34979940 - Pág. 17

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.


Fone: (083) 3271 1156

DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins de direito, que revendo nos arquivos constatamos que o paciente, ALEX CARVALHO SANTOS, brasileiro, residente e domiciliado à rua Nossa Senhora das Graças Nº 46, centro, Araçagi-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 04/03/2018, tendo como diagnóstico Fratura exposta do Rádio distal direito CID 10 S52.5, submetido a tratamento cirúrgico no dia 05/03/2018, com quadro clínico exame realizado raios x do punho direito e imobilização tipo tala gessada membro superior, colocado material de síntese 01 (uma) Placa T e 03 (três) Parafusos Corticais, 02 (dois) Fios Kirshned, com alta hospitalar no dia 06/03/2018, conforme consta na ficha Ambulatorial Nº 350.955/2018 e prontuário Nº 049/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 20 de Julho de 2018.


Suelio Moreira Torres
CRM 7118 OPP 0112000441

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ALEX CARVALHO SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
 469243495 SSP SP

CPF
 377.875.848-90 DATA NASCIMENTO
 22/11/1989

TRAJAÇÃO
 CARLOS ANTONIO CARLOS
 DOS SANTOS
 VANEIDE CARVALHO
 SANTOS

PERMISSÃO
 ACC CALHA AB

Nº REGISTRO
 04698120905 VALOR
 27/02/2019 15/07/2009

Observações

Assinatura do Portador

LOCAL
 GUARABIRA, PB DATA EMISSÃO
 14/03/2014

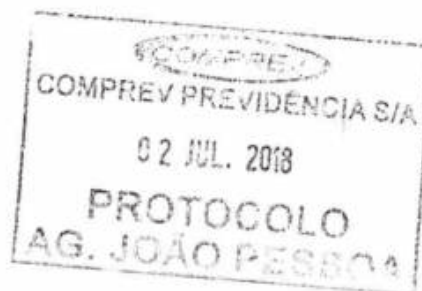
Assinatura do Emissor

65121290724
 PB028197410

DETRAN-PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894277167

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894277167





REGISTRO GERAL	3.
NOME	LUCIANO SAI
FILIAÇÃO	FRANCISCO I MARIA DO SO
NATURALIDADE	BARRA DE S
DOC ORIGEM	CERT. CAS. Nº
CPF	014.864.314-02
	João Pessoa - PB



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
 AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
 TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____



ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB);
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB);
- c) E obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 369 C.P.C.

J. FIGUEIREDO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE ARACAGI
 Rua Castelo Branco, 78 - Castelo Branco - CEP: 56270-000 - Fone: (83) 33274-1017 - E-mail: cartorio@aracagi.pb.gov.br
 SYMONE DE LIMA FIGUEIREDO - Oficial Tabelão

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de: **ALEX CARVALHO SANTOS**
 Em test. da verdade. Aracagi-PB 05/04/2018 10:57:01
 Josineiri Paiva Barbosa Franco - Substituta
 [2018-000792] EMUL: R\$ 49,43 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90
 SELO DIGITAL: AG674263-JWZ4
 Confira a autenticidade no <https://calendinita1.tnh.juc.br>



REPÚBLICA

DETRAN

VIA 1

ALEX
 RUA
 CENT
 582

3778

FLAV

PLACA ANE

NOVO

FAS/MOT

HONDA

CAP/PC

2 E7

SEM RESE

DOCUMENT

U-Motor

ARACAGI

9969999

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 02 JUL 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180303152 **Cidade:** Araçagi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180303152 **Cidade:** Araçagi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180303152 **Cidade:** Araçagi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180303152 **Cidade:** Araçagi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA, SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 06 CM NA FACE VENTRAL DO PUNHO DIREITO. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/08/2018

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180303152 **Cidade:** Araçagi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA, SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 06 CM NA FACE VENTRAL DO PUNHO DIREITO. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/08/2018

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Alex Carvalho Santos
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
Profissão: comerciante
Identidade: 468243495 CPF: 377.875.88-90
Endereço: Av. das Quatro n. 35 B. Centro

OUTORGADO

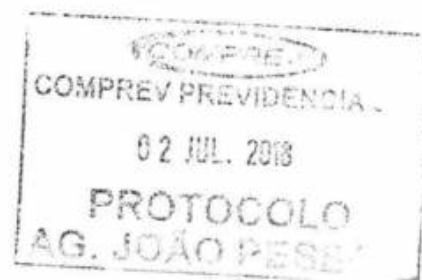
Nome: Raúlio Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casado
Profissão: contabilista
Identidade: 3307382 CPF: 034.864.334-02
Endereço: Jaca Verde n. 669 B. Novo

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima Alex Carvalho Santos.

Local e data:

Guarabira, 25 de junho de 20 18

Assinatura do Outorgante



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
MARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Duas Páguas 8, nº 43 - Centro - Guarabira - PB CEP 56200-000 Fone (81) 3271-8802

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: ALEX CARVALHO SANTOS
Em testilha verdadeira. Guarabira - PB 25/06/2018 16:02:47
Mardiria Toscano de Sales - Titular
[2018-04537] EMUL: 84 19.48 FAPEN: 84 0.28 FEPD: 84 1.96 FES: 84 0.47
SELO DIGITAL: ARL51142-X057





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE GUARABIRA/PB

Processo: 08012343420208150181

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALEX CARVALHO SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Foram realizados os pagamentos administrativos nas quantias de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**, referente ao pedido de Invalidez, e o valor de **R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**, referente ao pedido de reembolso de despesas médicas, conforme documentação em anexo.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa referente ao pedido de invalidez.

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

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.



É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 25 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

