



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	<u>Petição</u>	Petição
34979 936	01/10/2020 11:09	<u>2717184_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u>	Outros Documentos
34979 940	01/10/2020 11:09	<u>2717184_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
34979 941	01/10/2020 11:09	<u>2717184_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 11:09:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111095265800000033433054>
Número do documento: 20100111095265800000033433054

Num. 34979934 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Nº Sinistro: **3180303187**
Vitima: **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

Carta nº 13067801

Pag. 00753/00754 - carta_01 - DAMS



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**
Nº Sinistro: **3180303187**
Vitima: **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





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



00020485



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. 3



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 448/12

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/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 Sentes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alex Carvalho Sentes	CPF titular da conta 377.875848-90	Profissão Incurso em re
Endereço R-NS das gracas	Número 85	Complemento casar
Bairro centro	Cidade Bacuri	Estado 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"/> RECUZO 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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. 0042	D/V _____	AGÊNCIA NRO. 061247	D/V 3
(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.

Aracaju/SE, 28 de Junho de 2018

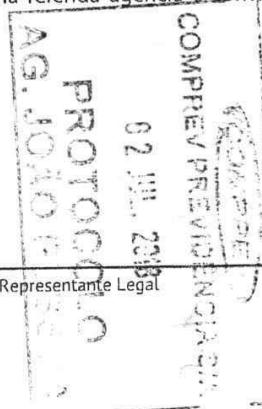
Local e Data

Alex Carvalho Sentes

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
NOME: ALEX C SANTOS
DISPONIVEL.:
SALDO TOTAL:

0,00
0,00

OPER: 013 CONTA: 61.247-3
LIMITE FLUTUANTE GIM:
LIMITE CHEQUE AZUL:
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



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. 5



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
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.



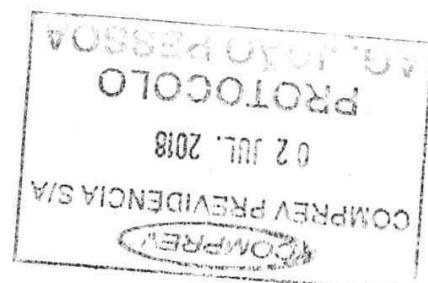
CERTIDÃO

C E R T I F I C O 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 direita 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



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. 7

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, Araçagí-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. Tenitóciel de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7618



ATO DECLARATÓRIO

Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: Alex Marcella Santos	Matrícula: 350 955
Idade: 22	Categoria: Outro
Sexo: Masculino	Profissão: Autônomo
Est. Civil: Solteiro	Naturalidade: São Paulo
Residência: Rua 15 de Novembro 16 Bairro: Centro Cidade: Guarabira	Data: 2018-07-12 CEP: 80010-000 Tel: (83) 981871233 Cel: (83) 999243445

Pt: Fêmea 2º Alvará 26
não se comprova trauma
Oncor Pér. + Compr. int. Fr.
Diag. Clínico: Fratura de esterno - D

Diag. Radiológico:
Tratamento: Osteosíntese

Dra. Suelio Moreira Torres
Ortopedia e Traumatologia
086 9980 091 136 884-82



Scanned by CamScanner



**ATO Secretariário
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira**

Nomes	Alex Marvalho Santos	Moradia	350 955
Idade	33.11.89 27 an	Categoria	364
Sexo	mas	Profissão	OUTROS
Est. Civil	S	Naturalidade	500 PAULO
Residência	R. 15º 607 Guarabira Bairro 1º P	Data	06/03/18
H.D.A.	702 2046 1931 8260		26 981871255
			6469243495

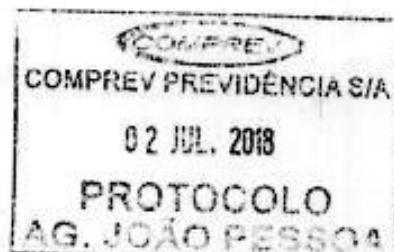
*Pt uomo 21 Alvaro 26
moto com cava em fratura*

Diag. Clínico:
Fratura de perna direita

Diag. Radiológico:

Tratamento:
Osteosíntese

*D. Instituto de Artes Marciais
Osteopatia e Traumatologia
CRM/RN 029-031-1234-02*



Scanned by CamScanner



FRANCISCO JOSE DOS SANTOS
RUA NS DAS GRACAS, 35 - CENTRO
ARACAJI / PB CEP: 58270000 (AG: 22)

Emissão: 11/04/2018 Referência: Abr/2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO C-230, Km 25 - Cristo Redentor-João Pessoa/PB-CEP:58031420
Roteiro: 5 - 27 - 255 - 8100 N° medidor: 00000428798



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ:00.095.183/0001-40 - Insc. Est: 16.018.822-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°04.797.456
Cód. para Deb. Automático: 00009933528

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 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/593352-8

Canal de contato

Declaração de Quitapão Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.607 de 29 de julho de 2008, 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 substitui, 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 10.439, de 26 de abril de 2002.
Viu um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolá-lo local.

Anterior	Data	Leitura	Atual		Constante	Consumo	Dias
			Data	Leitura			
12/03/18		17397	11/04/18	17497	1	110	29
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/cf	Valor Base/Cfc	Alm. Icms(R\$) Icms	Base/Calc. Pis(R\$)	Cofins(R\$)
			Tributos Total(R\$)	Icms(R\$) ICMS	Pis/Cofins(R\$) (9,161%) (4,2198%)		
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,249770	7,49	7,49 27	2,02	7,49 0,37 0,32
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,428170	29,87	29,87 27	8,09	29,87 0,27 1,26
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10.000	0,842250	6,42	6,42 27	1,73	6,42 0,06 0,27
0810	Subsídio	38,29	38,29 27	9,80	38,29 0,33	1,53	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PÚBLICA	18,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2018	0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2018	1,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio	14,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 64,93 30,17 21,61 80,17 0,78 0,38

Média últimos meses (kWh) 112 **VENCIMENTO** 18/04/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 64,93

Histórico de Consumo (kWh)
112 | 121 | 109 | 112 | 107 | 114 | 115 | 118 | 121 | 107 | 89 | 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

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

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,91	0,00	Serviço de Dist. da Energisa PB	11,42	17,55
DIC TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL	Compra de Energia	13,48	20,73
DIC ANUAL	23,64	220	Serviço de Transmissão	1,75	2,70
FIC MENSAL	3,49	0,00	Encargos Setoriais	3,18	4,87
FIC TRIMESTRAL	6,97	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	35,14	54,12
FIC ANUAL	13,95	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	3,48	0,00	Total	64,93	100,00
DICRI	12,22	LIMITE SUPERIOR			

Valor do EUOD (Ref 2/2018) R\$ 11,68

ATENÇÃO	Faturas em atraso
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$24,83	



JOSÉ BARBOSA DOS SANTOS
RUA: OCAATAIDE, 689- NOVO
GUARABIRA/PB CEP: 59200000 (AG: 22)



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Emissão: 14/06/2018 Referência: Jun/2018
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MCNOFÁSICO
Roteiro: 7 - 22 - 85 - 4040 N° medidor: 000C08884956
CNPJ:09.085.183/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°007.036.422
Cód. para Dáb. Automático: 00001664614

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energis.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
15/05/18	3007	14/06/18	3007	1 0 30

Demonstrativo

CCI - Descrição	Quantidade	Tarifa C	Valor Base Calc	Aliq ICMS(R\$)	Base Calc Fis(R\$)	Colins(R\$)
Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pre/Colins(R\$)	(19,06%)	(4,146%)	

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0804 JUROS DE MORA 02/2018	3,85	0,10	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	0,10	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	0,10	0	0,00	0,00	0,00

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

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

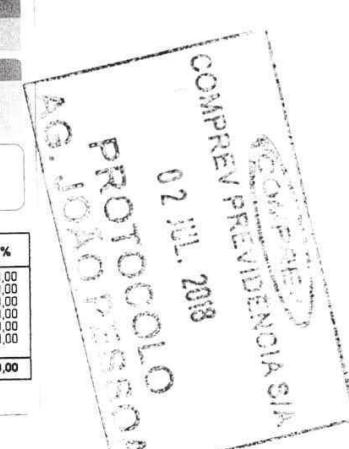
Histórico de Consumo (kWh)

208	180	187	177	192	188	218	169	183	224	579	517
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abi/18	May/18

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

4/2018 - Sumário			Composição do Consumo		
Indicadores de Qualidade			Discriminação	Valor (R\$)	%
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DIC MENSAL	5,82	0,00	NOMINAL	220	
DIC TRIMESTRAL	11,62	0,00			
DIC ANUAL	23,84	0,00			
FIC MENSAL	3,49	0,00	CONTRATADA		
FIC TRIMESTRAL	6,97	0,00	LIMITE INFERIOR	202	
FIC ANUAL	13,95	0,00	LIMITE SUPERIOR	231	
DMIC	3,46	0,00			
DICRI	12,22	0,00			
Total				18,45	100,00

Valor do EUSD (Ref. 4/2018) R\$132,33



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

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

R E C I B O..... 3.500,00

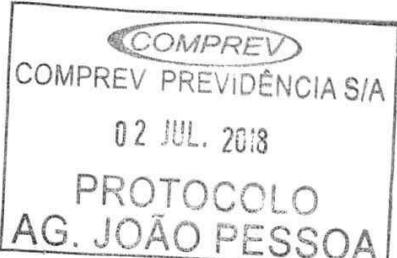
Recebi do Sr. ALEX CARVALHO SANTOS, a importância líquida de R\$ 3.500,00 (Três Mil e Quinhentos Reais), ref. a atendimento médico cirúrgico realizado na pessoa do mesmo.

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

Guarabira, 05 de Março de 2018.



00.239.906/0001-38
Pronto Socorro De Fraturas
De Guarabira - Ltda - Prof. tag
Av. Rui Barbosa - 240
Centro - Cep: 58.200.000
Guarabira - PB


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



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda
Avenida Rui Barbosa N° 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\$ 2.345,90	

Diária de Apartamento 01 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
Soc. Pronto Socorro de Fraturas
De Guarabira - Ltda - Produtor
Av. Rui Barbosa, 240
Centro - CEP 58020-000
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

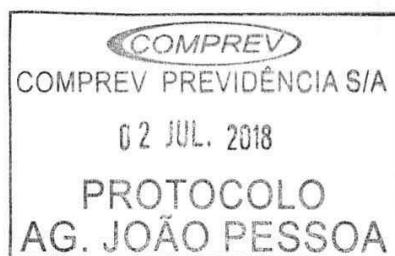
Material de Sala e Enfermaria

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.



[Assinatura]
06/03/2018-38
Fundo Social de Garantias
De Guarabira - Edia - Protrag
Av. Paulista - 38
Centro - Cep: 80320-300
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Franciano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.864.334-102, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex carvalho Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875.848-190, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alex carvalho Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875.848-190, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso se Renda: Recurso se e apresento os documentos comprobatórios:
novo previsor

Recuso informar

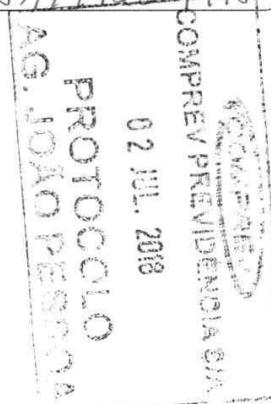
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>rua da Aldeia</u>	Número <u>669</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>novo</u>	Cidade <u>Guarulhos</u>	Estado <u>Santa Catarina</u>
Email <u></u>	Telefone comercial(DDD) <u>11</u>	Telefone celular (DDD) <u>83199420-7718</u>

Guarulhos PB, 25 de Junho de 2018
Local e Data

Franciano Santos Oliveira
Assinatura do Declarante



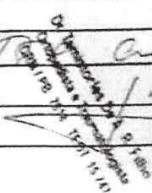
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome:	Alex Carvalho Santos	Matrícula:	350955
Idade:	22 H. 89 27 an	Categoria:	cur.
Sexo:	M	Profissão:	autônomo
Est. Civil:	S	Naturalidade:	Sao Paulo
Residência:	N 151º das Graças 46 Guarabira PB HDA 702 2046 1931 2260	Data:	04/03/18 RL 981871255 6-468243995

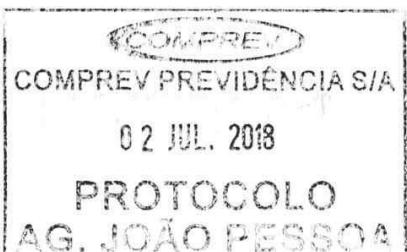
Pt umas 05 Alunes 26
meto com dor no punho
 (D)
 Causa: Perd + fumaça + luxo F+
 Diag. Clínico: Fratura de punho direito
 Diag. Radiológico:

Tratamento:

O Tumor Pág. Raymond



Dr. Tonelos de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7619 CRF: 391-138.954-82



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 Gualho Santos		
Data da Operação	05/03/18	End.
Operador	DR. TECNICO CLER	1º Auxiliar
2º Auxiliar		3º Auxiliar
Anestesia	DR. WELLINGTON	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório		Bloco 02 Bloco
Fratura de m ^a no Distro ②		
TPO cirurgia na fer		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato	Som	COMPRAV PREVIDENCIARIA
Exame Radiológico no Ato	Som	02/03/2018
Acidente Durante a Operação	Não	PROTÓCOLO
AG. JORNALISMO		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- (1) Pct de 20/1500 ml soro fisiológico
- (2) Acesso clávico + capot curto
- (3) Distro longitibial com fixação proximal ②
- (4) Ressecção fracionada
- (5) Fixação com placa e fios fcs
- (6) Sutura por planos
- (7) Curativo

Dr. Técnicas de Almeida Ribeiro Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 Cel. 9999-9999-9999

Dr. Técnicas de Almeida Ribeiro Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 Cel. 9999-9999-9999

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Scanned by CamScanner



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: May Carvalho da Silva Categ: Mujer
 Condão do Parto: _____ Início: _____ Term.: _____
 Médico: Dr. Silveira Auxiliar: _____
 Anestesista: Wellinton Tipo de Anestesia: gás
 Tipo de Cirurgia: verso cir Data: 05/06/14 Observação: anestesia

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples nº _____		Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag _____	5	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag _____	5	Ringer Lactado
	Catgut Cromado nº _____		Andrenoplasma
	Catgut Cromado nº _____		Manitol
	Catgut Cromado nº <u>2</u>		Alloferine
	Mononylon nº <u>2</u>		Etrane
	Mononylon nº _____		Pentrane
	Mononylon nº _____		Fluotane
01	Fios de algodão _____		Uionembutal
01	Scalpe _____		Marcaina
01	Equipo p/ Soro _____		quelicin
08	Equipo p/ Transfusão _____	02 ml.	Inoval
06	Luvas p/ Pares _____		Ketalar
01	Compressas _____		fentanil
01	Drenos _____		Methergin amp.
01	Gases _____		Xilocaina 5%
01	Lâminas de Bisturi _____	10	Xilocaina 2%
01	Espadrapo _____		Atropina amp.
01	Povidine Tópico _____		Syntocinon amp.
01	Povid. Degermante _____		Prostigmine amp
01	Lacto-gim _____		Optacilim amp.
01	elástico _____	6	
01	fixa almeira _____	5	
01	forro frouxo _____	1	
04	goma adesiva _____		
			Responsável

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02/06/2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

FOLHA DE ANESTESIA

NOME <i>Alex CANALAC SANTOS</i>										DATA																																														
ESTADO CIVIL SOLT.		CAS.	VIU	DESO.	SEXO MASC.	FEM.	COR BR	PD	PR	PROFISSÃO		IDADE																																												
ENDERECO AV. (Rua)										BAIRRO																																														
HOSPITAL										CATEGORIA																																														
CLIN		CP		INSC						MATRÍCULA																																														
DIAGNOSTICO																																																								
OPERAÇÃO REALIZADA																																																								
CIRURGIAO										AUXILIAR																																														
HORA																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>A</td><td>100</td></tr> <tr><td>G</td><td>100</td></tr> <tr><td>E</td><td>100</td></tr> <tr><td>N</td><td>100</td></tr> <tr><td>T</td><td>100</td></tr> <tr><td>E</td><td>100</td></tr> <tr><td>S</td><td>100</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2">CÓDIGO</td></tr> <tr><td>Anestesia X</td><td>220</td></tr> <tr><td>Operação @</td><td>200</td></tr> <tr><td>Intub. T</td><td>180</td></tr> <tr><td>Endotr.</td><td>160</td></tr> <tr><td>Pres. V</td><td>140</td></tr> <tr><td>Sistóf pres. A</td><td>120</td></tr> <tr><td>Distol</td><td>100</td></tr> <tr><td>Pulso ♀</td><td>80</td></tr> <tr><td>Resp. RA</td><td>60</td></tr> <tr><td>Assist.</td><td>40</td></tr> <tr><td>Resp. RE</td><td>40</td></tr> <tr><td>Expirat.</td><td>20</td></tr> <tr><td>Resp. contr.</td><td>20</td></tr> </table>													A	100	G	100	E	100	N	100	T	100	E	100	S	100			CÓDIGO		Anestesia X	220	Operação @	200	Intub. T	180	Endotr.	160	Pres. V	140	Sistóf pres. A	120	Distol	100	Pulso ♀	80	Resp. RA	60	Assist.	40	Resp. RE	40	Expirat.	20	Resp. contr.	20
A	100																																																							
G	100																																																							
E	100																																																							
N	100																																																							
T	100																																																							
E	100																																																							
S	100																																																							
CÓDIGO																																																								
Anestesia X	220																																																							
Operação @	200																																																							
Intub. T	180																																																							
Endotr.	160																																																							
Pres. V	140																																																							
Sistóf pres. A	120																																																							
Distol	100																																																							
Pulso ♀	80																																																							
Resp. RA	60																																																							
Assist.	40																																																							
Resp. RE	40																																																							
Expirat.	20																																																							
Resp. contr.	20																																																							
										PRESSÃO ARTERIAL																																														
										PESO	PULSO																																													
										TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO																																													
										ESTADO GERAL																																														
										B	R	M	P																																											
										RISCO CIRURGICO																																														
										B	R	M	P																																											
										GRUPO SANGUÍNEO																																														
										EXAMES COMPLEMENTARES																																														
PREANESTÉSICO																																																								
										HORA																																														
ANESTESIA																																																								
GERAL		RAQUIDIANA		EPIDURAL		BLOQ. DE PLEXO		BLOQ. DE NERVOS		OUTRAS																																														
TÉCNICA																																																								
INÍCIO		TERMINO		DURAÇÃO																																																				
1		36.300		7		MATERIAL GASTO COM OATO ENESTÉSICO																																																		
2		36.300		8																																																				
3		36.300		9																																																				
4		36.300		10																																																				
5		36.300		11		02 JUL. 2018																																																		
6		36.300		12																																																				
7 OBSERVAÇÕES						COMPROV PREVIDÊNCIA S/A																																																		
8																																																								
PROTÓCOLO																																																								
AG. J. L. T. P. 2018																																																								
										US	US+20%	Rs																																												
ASSINATURA																																																								

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	Alex Geraldo Lacerda	Nº Produtício
Data da Operação	05/03/18 Ent.	Lado
Operador	DIL-TECULPROLOS	1º Auxiliar
2º Auxiliar		2º Auxiliar
Anestesia	Dr. Wellington	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pós-Operatório	Fratura de raios direitos D	
Tipo de Operação	TPO cirurgico da fratura	
Diagnóstico Pós-Operatório	Osteosíntese	
Relatório Imediato do Patologista	M&S	(COMPREV) COMPREV PREVIDENCIA S/A
Exame Radiológico no Até	Sim	
Exame Radiológico no Até	Sim	09 JUL. 2018
Acidente Durante a Operação	Não	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

DESCRICAO DA OPERACAO

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

- (1) Ppt or 00 H600 m/min
 - (2) 1000 t/min + vapor air
 - (3) 1000 kg/turbine stream in
per 100 (3)
 - (4) 1000 kg/turbine stream
 - (5) 1000 kg/turbine stream
 - (6) 1000 kg/turbine stream
 - (7) 1000 kg/turbine stream

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Jefferson de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia

Scanned by CamScanner



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: Mrs. Cunha - Dr. S. M. Categ: SM

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

Médico: Dr. S. M. Auxiliar: _____

Anestesista: W. L. L. Tipo de Anestesia: Spinal

Tipo de Cirurgia: Ressecção

Data: 05/06/14 Observação: anterior

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples nº		Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag	2	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag	2	Ringer Lactado
	Catgut Cromado nº		Andrenoplasma
	Catgut Cromado nº		Manitol
	Catgut Cromado nº	2	Alloferine
	Mononylon nº		Etrane
	Mononylon nº		Pentranne
	Mononylon nº		Fluotane
	Fios de algodão	09 JUL 2018	Thionembutal
01	Scalpels		Marcaina
02	Equipo p/ Soro		quelcín
03	Equipo p/ Transfusão		Inoval
04	Luvas p/ Pares		Ketalar
05	Compressas		fentanil
06	Drenos		Methergin amp.
07	Gases		Xilocaina 5%
08	Lâminas de Bisturi		Xilocaina 2%
09	Esparadrapo		Atropina amp.
10	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
11	Povid. Degermante		Prostigmine amp.
12	Lacto-gim		Optacilim amp.
13	Clorhexidina	2	
14	form. alveolar		
15	form. gingival	4	
16	form. óssea		
17	Glutaraldeído		
	Responsável		

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 JUL 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

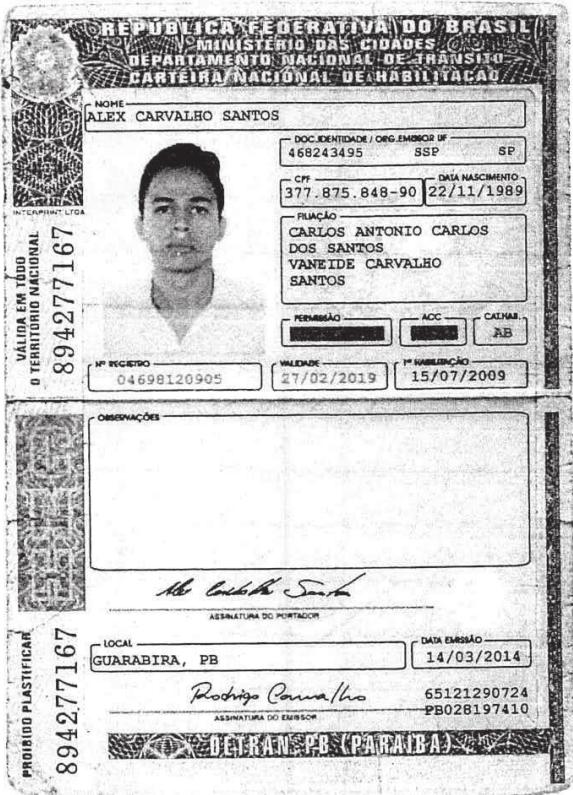
Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

FOLHA DE ANESTESIA

NOME <i>HAX CAVALCANTES</i>										DATA			
ESTADO CIVIL SOLT.		CAS.	VIAU	DESO	SEXO MASC.	FEM.	COR BR.	PD	PR	PROFISSAO	IDADE		
ENDERECO AV. (Rua)										BAIRRO			
HOSPITAL										CATEGORIA			
GLH		CP		INSC				MATRÍCULA					
DIAGNÓSTICO													
OPERAÇÃO REALIZADA													
CIRURGÃO						AUXILIAR							
HORA													
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L		
PRESSÃO ARTERIAL													
PESO						PULSO							
TEMPERATURA						RESPIRAÇÃO							
ESTADO GERAL													
S	R	M	P	S	R	M	P	S	R	M	P		
RISCO CIRÚRGICO													
GRUPO SANGUÍNEO													
EXAMES COMPLEMENTARES													
CÓDIGO Anestesia X 220 Operação 200 Intub. T 190 Endotr. 180 Pres. V 140 Sistólf pres. A 120 Distólf 100 Pulso 80 Resp. RA 60 Assist. Resp. RE 40 Export. Resp. contr. 20													
PREANESTÉSICO													
ANESTESIA										HORA			
GERAL		RAQUIDIANA		EPIDURAL		BLOQ. DE PLEXO		BLOQ. DE NERVOS		OUTRAS			
TÉCNICA													
INÍCIO		TERMINO		DURAÇÃO									
1		56.30		17									
2		56.30		8									
3		56.30		9									
4		56.30		10		COMPREV							
5		56.30		11		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A							
6		56.30		12		09 JUL. 2018							
OBSERVAÇÕES													
ASSINATURA <i>W.M.</i>													
US 20%													
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA													

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. 24



REGISTRO GERAL	3.
NOME	LUCIANO SAI
FILIAÇÃO	FRANCISCO I MARIA DO SO
NATURALIDADE	BARRA DE S
DOC. ORIGEM	CERT. CAS. N°
CPF	014.864.314-02
João Pessoa - PB	



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. 25



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GENÉTICO	3.107.382 - 2º VIA
NOME	LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
PROFISSÃO	FRANCISCO DELFINO DOS SANTOS
MATERNALIDADE	MARIA DO SOCORRO SANTOS OLIVEIRA
BARRA DE SANTA ROSA-PB	
DOC. DE REGISTRO	DATA DE AUTORIZAÇÃO
CERT. CAS. N°10833 - LIV. 377 - FLS. 69 - CARTÓRIO GUARABIRA-PB	03/06/1985
014-864-514-02	DATA DE AUTORIZAÇÃO
Alma Pinto / 06	03/06/2016
D.	



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPVAUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDERECO: CARTÓRIO J.F. FIGUERÉDO _____

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) NOTARIAL
CONFORME ART. 369 C.P.C.

J. FIGUERÉDO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE ARACAJU / PB
Rua Castelo Branco, 78 - Castelo Branco - CEP: 58270-000 - Fone: (83)324-1017 - E-mail: cartoriofigueredo@bol.com.br
SYMONNE DE LIMA FIGUERÉDO - Oficial Tabelião

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ALEX CARVALHO GOMES _____
Em testada verdade. Aracaju-PB 05/04/2018 10:57:01
Josimeri Paiva Barreto Franco - Substituta
[2018-000792]EMOL:R\$ 19,40 FARFEM:R\$ 0,28 FEPD:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AGS74263-WZH
Confira a autenticidade no <https://calendin.net/tinh.htm>



COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

02 JUL. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO N° 013747434990

VIA:	CRÉDITO/DEBITO:	DATA:	PERÍODO:
100-3272-0	10.000,00	2017	
NOME: SUELIO MOREIRA TORRES			
CPF/CNPJ:	PLACA:		
37797594090	QF88297/E6		
PLACA ANT/UF:	CHASSI:		
NOVO EB	90200411008502813		
ESPECIE TIPO:	COMBUSTIVEL:		
MOTOCICLETA/ MOTO ARTELIC	GÁSOLINA		
MARCA/MODELO:	ANO FAB:	ANO MOD:	
HONDA/CG 125 FAN KB	2011	2014	
CAPACIDADE:	CATEGORIA:	GOR PREDOMINANTE:	
2 P/124 /CI	FAUTIC	PERVIA	
DATA ÚNICA:	VENC. COTA ÚNICA:	VENC. COTAS:	
IPIVA FAUO EM	00/00/0000	1 ^a	
FAIXA DPVA:	PARCELAMENTO/COTAS:	2 ^a 3 ^a	
PRÉMIO TOTAL (R\$):	DATA DE PAGAMENTO:	DATA DE VENCIMENTO:	
0,00	20/11/2017	00/00/0000	
SEN/ RESERVA DE DOMÍNIO			
DATA CADASTRO LOCAL:	DATA:		
2017-11-20	20/11/2017		
29980956	31053		

SEGURO OBRIGATÓRIO PARA DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
E/OU TOTÔNOS, RUMOS, TERRESTRE, AEROPARASOL, CARGA, ALUGUEL
E TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB N° 013747434990 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

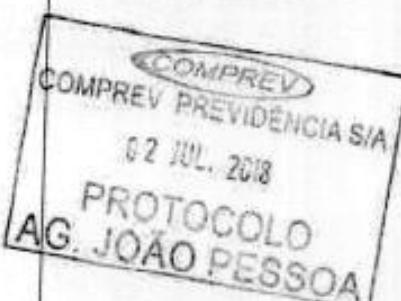
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1264

REGISTRO	DATA EMISSÃO	
2617	20/11/2017	
VM:	CRÉDITO/DEBITO:	
1	QF88297/E6	
DETRAN:	PLACA:	
01013201226	HONDA/CG 125 FAN KB	
ANO FAB:	CHASSI:	
2011	90200411008502813	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PREMIO:	DETRAN(R\$):	CUSTO DO SEGURO (R\$):
0,00	0,00	0,00
CUSTO DO BILHETE (R\$):	IGP-ME:	FORMA DE PAGO SEGURO:
0,00	SEGURO	PERC
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELA	DATA DE OBRAÇÃO:
		00/00/0000

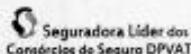
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.946.680/0001-03

Código: 1121034-20171125

400-001



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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 (Taxes/Diárias)	0013	DIÁRIA APARTAMENTO	150,00	150,00
Hospital (Taxes/Diárias)	0010	CURATIVO MÉDIO	22,12	19,20
Hospital (Taxes/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



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. 31

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

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. 32



TOSCANO DE SALES - SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
2º Ofício de Notas
FONE 3211-1251
Guarabira - PB - 58200-000
SERVICO NOTARIAL
Av Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB - CEP 58200-000 - Fone: (63) 3271-8802
T6
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ALEX CARVALHO SANTOS
Em testada verdade, Guarabira-PB 25/06/2018 16:02:12
Guardaria Toscana de Sales - Titular
2018-004337ENLRT R\$ 0,00 FANFER:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 FEE:R\$ 0,47
SELÔ DIGITAL: AHCS1142-XW7

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Alex carvalho santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: comerciante
Identidade: 468243495 CPF: 377.875.88-90
Endereço: VS das especias n 35 B centro

OUTORGADO

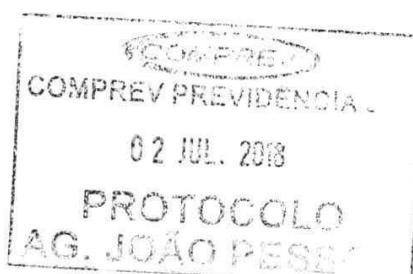
Nome: Luciano Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: consultor
Identidade: 3307382 CPF: 034.864.334-02
Endereço: Jockey Club, n. 669, B nessa

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





Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Nº Sinistro: **3180303152**
Vitima: **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



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. 1

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**
Nº Sinistro: **3180303152**
Vitima: **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

Carta nº 13091776

Pag. 01677/01678 - carta_03 - INVALIDEZ



00040839



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. 2



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



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. 3

**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 - ARACAJI/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 468243495 - SSP**

Data e local do acidente: **04/03/2018 ARACAJI/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 de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **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



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. 4



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/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 377.875848-90	Profissão Incurso em re
Endereço R - VS das gracas	Número 35	Complemento casas
Bairro centro	Cidade Bacabal	Estado MA
Email	CEP 58270000	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"/> RECUZO 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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. 0042	D/V _____	AGÊNCIA NRO. 061247	D/V 3
(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.

Bacabal PB, 25 de junho de 2018

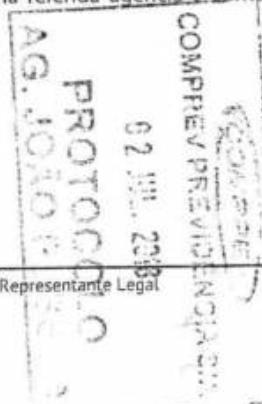
Local e Data

Alex Carvalho Santos

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
NOME: ALEX C SANTOS
DISPONIVEL.: 0,00
SALDO TOTAL: 0,00
OPER: 013 CONTA: 61.247-3
LIMITE FLUTUANTE GIM:
LIMITE CHEQUE AZUL:
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 POSTICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
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.



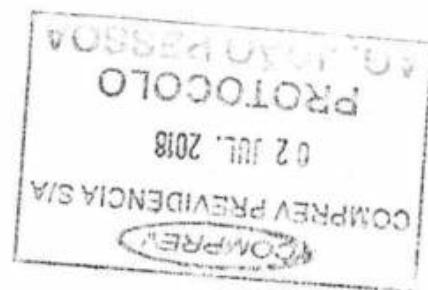
CERTIDÃO

C E R T I F I C O 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 direita 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





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 <i>Alex carvalho Santos</i>	CPF da Vítima <i>397.875.848-90</i>	Data do Acidente <i>04/03/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Flávio Carvalho Santos</i>	CPF do Representante legal <i>831994207918</i>
Email <i>[redacted]</i>	Telefone (DDD) <i>831994207918</i>

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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Brasília/DF, 25 de junho de 2018

Local e Data

Flávio Carvalho Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

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

Fone: (83) 3271 1156

Fax: (83) 3271 4032

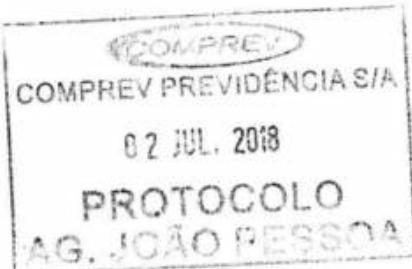
DECLARAÇÃO

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, Araçagí-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. Tenório de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 7618



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



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. 10

FRANCISCO JOSE DOS SANTOS
RUA NS DAS GRALHAS, 25 - CENTRO
ARACAJU / PB CEP: 56270000 (MÍD: 22)

Emissão: 11/04/2018 Referência: Abr / 2018
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO - 290, Km 25 - Centro/Residencial Júlio Pessoa / PB - CEP: 56271-000
Rotero: 5 - 27 - 255 - 6100 N° medidor: 00070489788



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/MF/0051607/0001-40 Iscr. Est. 10.715-522-0

Nota Fiscal/Certidão de Energia Elétrica N°004797456

Cóp. para Deb. Automotiva: 00009933028

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 insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/593352-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme preceito na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
informo que a nulação dos débitos resultantes das faturações
anteriores de energia elétrica desta Unidade Consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores.
Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as des-
crições dos faturamentos das meias das dívidas do ano
a que se refere e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Le-
i 10.428, de 28 de abril de 2002.
Viu um fez cardo no chão? Não tem que se aprimorar. Ligue im-
ediatamente para a Energisa e peça atendimento para solucioná-lo.

CÓD.	Descrição	Demonstrativo								
		Quantidade	Tarifa	Votor Baixas (R\$)	Votor (R\$)	Baixa Cál. (R\$)	Pu/Carro (R\$)	Sel. (R\$)		
0801	Consumo ate 30kWh-BR	30.000	0,249770	7,49	7,49	27	2,02	7,49	3,27	0,32
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,429170	28,97	29,37	27	8,09	29,97	8,27	1,26
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10.000	0,842580	6,42	6,42	27	1,73	8,42	3,06	0,27
0810	Subsídio	38,29	38,29	27	2,80	26,29	0,33	1,52		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	1,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0804	JUROS DE MORA 03/2018	0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0805	MULTA 03/2018	0,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0906	Desconto Selsite	45,72	0,00	0	0,02	0,03	0,00	0,00	0,02	

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL: 61,81 36,17 21,65 80,17 0,78 3,38

Média últimos meses (kWh) 112 VENCIMENTO 18/04/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 64,93

Histórico de Consumo (kWh)
112 | 121 | 109 | 112 | 107 | 114 | 115 | 118 | 121 | 101 | 99 | 109
Abri/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18

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

Indicadores de Qualidade		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	5,91	0,00
DIG. TRIMESTRAL	11,62	NOMINAL
DIG. ANUAL	23,64	220
FIC. MENSAL	3,48	0,00
FIC. TRIMESTRAL	6,07	CONTRATADA
FIC. ANUAL	12,95	LIMITE INFERIOR
DAC	3,48	LIMITE SUPERIOR
DICRI	12,22	231
Total	64,93	100,00

Valor do ELGD (Ref 2/2018) R\$ 11,86

ATENÇÃO
- Sua unidade foi faturada como Baixa Física, tendo um desconto de R\$ 24,92.

Faturas em atraso



JOSÉ BARBOSA DOS SANTOS
RUA L. CAATADE, 889 - NOVO
GUAPABRA/PB CEP: 56200000 (AG: 22)



Emissão: 14/06/2018 Referência: Jun/2018
B-230, Km 25 - Crato Redento - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 22 - 85 - 4040 N° medidor: 00CD8884956

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Crato Redento - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.086.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 07.936.422
Cód. para Dáq. Automática: 00001664614

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNP/ 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 15/05/18	Lectura 3007	Data 14/06/18	Lectura 3007	1
Demonstrativo:				
Código Detalhe Título Vaz. Básico Ativ. Imp. Pts/RSB Base Calc. Pts/RSB Conta(R\$) Tabulaç. Vaz. MTR5 KM5(R\$) ICMS Pts/Conta(R\$) (100,00%) (144,00%)				
0804 JUROS DE MORA 03/2018	3,85	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 03/2018	3,40	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 03/2018	2,14	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 03/2018	2,58	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MCNETÁRIA 03/2018	3,21	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MCNETÁRIA 03/2018	3,27	0,00	0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 18,45 0,00 0,00 0,00 0,00
Mediante últimos meses (kWh) 253 VENCIMENTO 21/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 18,45

Histórico de Consumo (kWh)
200 | 180 | 167 | 177 | 192 | 188 | 218 | 199 | 183 | 224 | 159 | 151
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18

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

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,97	0,00	Serviços de Direito à Energia/PB	0,00	0,00
DIC TRIMESTRAL	19,87	NUNCA	Comenda de Energia	0,00	0,00
DIC ANUAL	23,84	2,20	Serviço de Transmissão	0,00	0,00
FIC BIMESTRAL	3,48	0,00	Encargos Setoriais	0,00	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,97	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	18,45	100,00
FIC ANUAL	13,95	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DWC	3,48	0,00	Total	18,45	100,00
DICR	12,22	LIMITE SUPERIOR			

Valor do EURO (Ref. 4/2018) R\$132,00





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.334-102, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex Carvalho Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875.848-190, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Alex Carvalho Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875.848-190, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recepcionista Renda: R\$ 1.000,00 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.

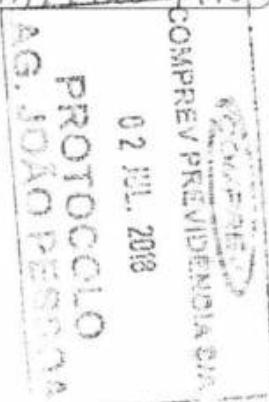
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sancção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Graça Almeida	Número 669	Complemento esq
Bairro novo	Cidade Guarulhos	Estado São Paulo
Email 123@123.com.br	Telefone comercial(DDD) 123	Telefone celular (DDD) 83199420-7718

Guarulhos PB.25 de Junho de 2018
Local e Data

no 3 art/ B

PH.DBL.004.URG01.1204.7



Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

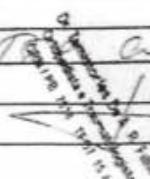
Nome:	Alex Marvaldo Santos	Matrícula:	350955
Idade:	22.11.89 27 an	Categoria:	out.
Sexo:	M	Profissão:	autônomo
Est. Civil:	S	Naturalidade:	SC Paulo
Residência:	R. V. S. dos Graças 46 Guarabira PB HDA 702 2046 1931 2260	Data:	04/03/18 RL 981871255 RC 469243495

Pt vítima de Alucens 26
moto com cava em fratura

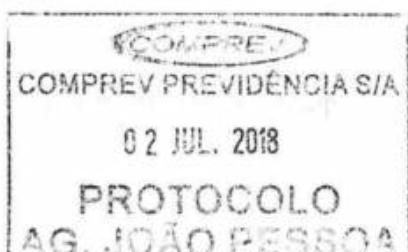
Diag. Clínico:
Fratura de perna + fratura de braço

Diag. Radiológico:

Tratamento:
O Tumor Pág. Aguardando



Dr. Leonardo de Almeida Moreira Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 7418 CPF: 931.136.854-82



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 Geraldo Santos		
Data da Operação	05/03/18	End.
Operador	DR. TONI LIPOLIS	1º Auxiliar
2º Auxiliar		3º Auxiliar
Auxiliar	DR. WELLINGTON	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório		Instrumentação
Fratura de min. diâmetro		
TPO cirurgia da ferida		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Alto	Som	COMPRAV PREVIDÊNCIA SIF
Exame Radiológico no Alto	Som	02/03/2018
Acidente Durante a Operação	Não	PROTÓCOLO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- (1) Pct de 00/1500 ml soro
- (2) Ativ. fibra + capilar ox
- (3) Demais enxertos ósseos
para H.O (3)
- (4) Ressecção óssea.
- (5) Permeável para placa e fixador
- (6) Sutura em placa
- (7) Curativo

Dr. Tomás de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
celular: 9881-2012; fone: 031-328-069-92

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Scanned by CamScanner

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA
Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3292-1156 - Cidade: PB - CEP: 58000-000

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

CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E ORTÉTICO

Nome do Paciente: Mrs. Connelly - as sua Categ: Mujer
Condição do Parto: _____ Início: _____ Term.: _____
Médico: Dr. Soto Auxiliar: _____
Anestesista: William Tipo de Anestesia: gás
Tipo de Cirurgia: severa M-severa
Data: 05/02/11 Observação: anestesiada

Scanned by CamScanner





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

FOLHA DE ANESTESIA

NOME <i>Alex CANALAC SANTOS</i>								DATA																																																																							
ESTADO CIVIL SOLT. <input type="checkbox"/> 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"/> PO. <input type="checkbox"/> PR. <input type="checkbox"/>		PROFISSÃO		IDADE																																																																							
ENDERECO AV. (Rua)								BAIRRO																																																																							
HOSPITAL								CATEGORIA																																																																							
C.I.H.		C.P.		INSC.				MATRÍCULA																																																																							
DIAGNÓSTICO																																																																															
OPERAÇÃO REALIZADA																																																																															
CIRURGIAO					AUXILIAR																																																																										
HORA																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										A										G										E										N										T										E										S									
A																																																																															
G																																																																															
E																																																																															
N																																																																															
T																																																																															
E																																																																															
S																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>PRESSÃO ARTERIAL</td><td></td></tr> <tr><td>PESO</td><td>PULSO</td></tr> <tr><td>TEMPERATURA</td><td>RESPIRAÇÃO</td></tr> <tr><td>ESTADO GERAL</td><td></td></tr> <tr><td>B. <input type="checkbox"/></td><td>R. <input type="checkbox"/></td><td>M. <input type="checkbox"/></td><td>P. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>RISCO CIRURGICO</td><td></td></tr> <tr><td>B. <input type="checkbox"/></td><td>R. <input type="checkbox"/></td><td>M. <input type="checkbox"/></td><td>P. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>GRUPO SANGUÍNEO</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">EXAMES COMPLEMENTARES</td></tr> </table>										PRESSÃO ARTERIAL		PESO	PULSO	TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO	ESTADO GERAL		B. <input type="checkbox"/>	R. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	P. <input type="checkbox"/>	RISCO CIRURGICO		B. <input type="checkbox"/>	R. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	P. <input type="checkbox"/>	GRUPO SANGUÍNEO		EXAMES COMPLEMENTARES																																																	
PRESSÃO ARTERIAL																																																																															
PESO	PULSO																																																																														
TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO																																																																														
ESTADO GERAL																																																																															
B. <input type="checkbox"/>	R. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	P. <input type="checkbox"/>																																																																												
RISCO CIRURGICO																																																																															
B. <input type="checkbox"/>	R. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	P. <input type="checkbox"/>																																																																												
GRUPO SANGUÍNEO																																																																															
EXAMES COMPLEMENTARES																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CÓDIGO</td><td></td></tr> <tr><td>Anestesia X</td><td>220</td></tr> <tr><td>Operação g</td><td>200</td></tr> <tr><td>Intub. T</td><td>150</td></tr> <tr><td>Endotr.</td><td>160</td></tr> <tr><td>Pres. V</td><td>140</td></tr> <tr><td>Sistólf pres. A</td><td>120</td></tr> <tr><td>Distólf</td><td></td></tr> <tr><td>Pulso ♀</td><td>100</td></tr> <tr><td></td><td>50</td></tr> <tr><td>Resp. RA</td><td>60</td></tr> <tr><td>Assist.</td><td></td></tr> <tr><td>Resp. RE</td><td>40</td></tr> <tr><td>Expon.</td><td></td></tr> <tr><td>Resp. contr.</td><td>20</td></tr> </table>										CÓDIGO		Anestesia X	220	Operação g	200	Intub. T	150	Endotr.	160	Pres. V	140	Sistólf pres. A	120	Distólf		Pulso ♀	100		50	Resp. RA	60	Assist.		Resp. RE	40	Expon.		Resp. contr.	20																																								
CÓDIGO																																																																															
Anestesia X	220																																																																														
Operação g	200																																																																														
Intub. T	150																																																																														
Endotr.	160																																																																														
Pres. V	140																																																																														
Sistólf pres. A	120																																																																														
Distólf																																																																															
Pulso ♀	100																																																																														
	50																																																																														
Resp. RA	60																																																																														
Assist.																																																																															
Resp. RE	40																																																																														
Expon.																																																																															
Resp. contr.	20																																																																														
PREANESTÉSICO					HORA																																																																										
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RACEDIANA <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																																																																											
<i>13h00</i> 1 <i>16.300</i> 2 <i>17.00</i> 3 <i>18.27.20</i> 4 5 6		<i>15h00</i> 7 8 9 10 11 12		<i>1h</i> 7 8 9 10 11 12		MATERIAL GASTO COM OATO ENESTÉSICO <i>COMP.FEV PREVIDÊNCIA S.A.</i> <i>02.03.2018</i> PROTÓCOLO <i>AG. 1001</i>																																																																									
<i>ASSINATURA</i> 					US <input type="checkbox"/> US+20% <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/>																																																																										

Scanned by CamScanner

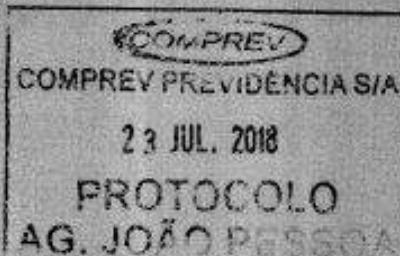


Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

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.

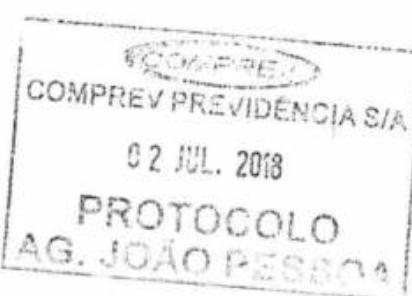
A handwritten signature is written over a horizontal line that has been redacted with a black marker. Below the redacted line, there is some very small, illegible text.

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. 18



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. 19



REGISTRO GERAL	3.
NOME	LUCIANO SAI
FILIAÇÃO	FRANCISCO I MARIA DO SO
NATURALIDADE	BARRA DE S
DOC. ORIGEM	CERT. CAS. N°
CPF	014.864.314-02
João Pessoa - PB	



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. 20

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPVAUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDERECO: _____
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. FIGUEIREDO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE ARACAJU
Rua Castelo Branco, 78 - Centro Branco - CEP: 58270-000 - Fone: (83)3274-1017 - E-mail: carnotario@aracaju.ba.gov.br
SYMONNE DE LIMA FIGUEIREDO - Oficial Telefônica

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) devo:
ALEX CARVALHO SANTOS
Em test. da verdade. Aracagi-PB 05/04/2018 10:57:01
Josineri Paiva Barbosa Franco - Substituta
[2018-000792]EMOL:R\$ 89,40 FARPM:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: A0574263-JMZH
Confirme a autenticidade no <https://canalinfinito.tink.it/c>



PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A
02 JUL. 2018



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:



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 %



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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.
médico pericial:

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:



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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.
médico pericial:

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:





TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
12º Ofício de Notas
FONE 3221-1251
Guarabira - PB
SERVIÇO NOTARIAL
Atos em Rego e p/AS - Contato: Guarabira - PB - CEP 58060-000 - Fone: 031-3211-6802
Ricôneiro, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ALEX CARVALHO SANTOS
La testada, Guarabira-PB 25/06/2018 16:02:32
Mandaria Toscâo de Sales - Titular
[2018-004537]ENL:kt 10,40 FANFEN:kt 0,28 FERJ:kt 1,90 ISS:kt 0,47
SELO DIGITAL: AHC51142-XB37

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Alex carvalho Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: comerciante
Identidade: 468243495 CPF: 377.875.88-90
Endereço: Rua das grutas n 35 B. centro

16

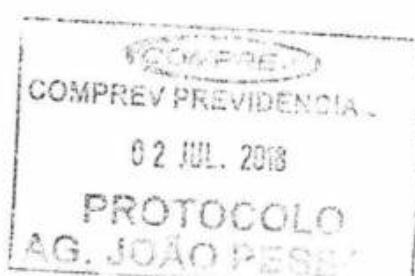
OUTORGADO

Nome: Luciano Santos Almeida
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: caminhoneiro
Identidade: 3307382 CPF: 034.864.354-02
Endereço: Jardim das Flores n. 669. B. norte

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





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.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 11:09:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010011109547600000033433061>
 Número do documento: 2010011109547600000033433061

Num. 34979941 - Pág. 1

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 Excelênciia, 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 11:09:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111095476000000033433061>
Número do documento: 20100111095476000000033433061

Num. 34979941 - Pág. 2