

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANO DA CONCEICAO ALVES**

Nº Sinistro: **3180367339**

Vitima: **SILVANO DA CONCEICAO ALVES**

Data do Acidente: **06/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180367339**.

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 13232217



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANO DA CONCEICAO ALVES**
Nº Sinistro: **3180367339**
Vitima: **SILVANO DA CONCEICAO ALVES**
Data do Acidente: **06/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180367339**, 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 13265371



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANO DA CONCEICAO ALVES**

Sinistro: **3180367339**

Vítima: **SILVANO DA CONCEICAO ALVES**

Data do Acidente: **06/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180367339** 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

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: 043.083.034-35 CPF da Vítima: 043.083.034-35 Nome completo da vítima: Silvano da Conceição Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Silvano da Conceição Alves</u>		CPF titular da conta	<u>043.083.034-35</u>	Profissão	<u>Apateiro</u>
Endereço	<u>Rua Manoel Gomes de Lima</u>		Número	<u>140</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Santo Antonio</u>	Cidade	<u>Patos</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>				Telefone (DDD)	<u>(83) 3421-8003</u> <u>(83) 9 9630-1658</u> <u>(83) 9 9655-9484</u> <u>(87) 9 9999-9976</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

4982

D/V

CONTA

NRO.

47.347

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

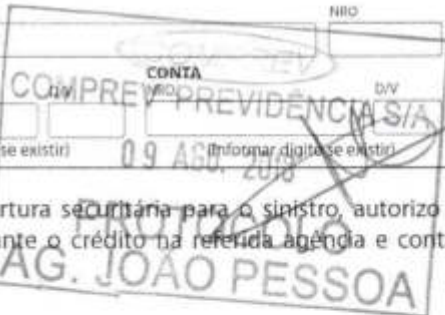
(Informar dígito se existir)

NRO

CONTA

NRO.

(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.

Patos - PB, 26 de Julho de 2018
Local e Data

X Silvano da Conceição Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

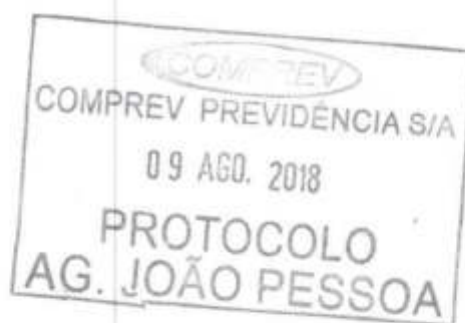
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO |
24/07/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO,INFORME AS DATA |
EXTRATO DE POUPANCA

AG: 4982 PORTAL DO SERTAO PAG: 001
PERIODO: 24072018 ATE: 24072018 OPER: 013 CONTA: 17.347-1
NOME: SILVANO DA CONCEICAO ALVE CPF: 043.083.034-35
VLR.BLQ JUD.: 0.00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------





CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1635/018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **DEZESSETE** dia do mês de **ABRIL** do ano **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES** Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu **SILVANO DA CONCEIÇÃO ALVES**, nacionalidade brasileiro, RG: 2.770.186 2ª VIA SSP/PB, CPF: 043.083.034-35, natural de Patos/PB, nascido (a) em 08/04/1971, filho (a) de Francisco Alves da Silva e de Analia Maria da Conceição, residente na Rua Capitão Manoel Gomes, s/n, Bairro Santo Antonio, Patos/PB, Fone: (83) 9.9688-8404 (cunhado), a fim de notificar o seguinte:

Que, na data de 06/12/2017, por volta das 19h00min quando transitava em sua motocicleta marca HONDA POP 110I, COR VERMELHA, ANO 2015/2016, PLACA QFN 4058/PB, CHASSI 9C2JB0100GR039331, licenciado em nome de LUANA DE MELO ALVES GOMES, e ao passar pelo Conjunto dos Sapateiros um pedestre entrou na frente de sua moto, sem o devido cuidado e para não atingir ele, freou bruscamente, tendo a referida motocicleta derrapado e o noticiante caído e a motocicleta caído por cima do braço, causando fratura no braço direito, sendo socorrido por terceiros que passavam pelo local para o Hospital Regional de Patos/PB.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

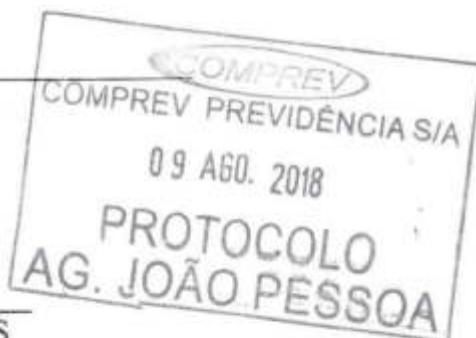
TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Silvano da Conceição Alves

Patos/PB, 17 de Abril de 2018.

Edmilson Cavalcante de Freitas
EDMILSON CAVALCANTE DE FREITAS
ESCRIVÃO DE POLÍCIA AD-HOC
Mat.: 135.699-2



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PATOS/PB

Assessoria Técnica

Assessoria Técnica

Fone: (83) 3421-3438

E-Fax: (83) 3421-8630

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.

Patos-PB 01/08/2018 11:39:57

MANUELA SOUZA DE ANDRADE XAVIER - Escriturária

[2018-012493] EMOL:R\$ 2,37 FAPEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12

SELO DIGITAL: AN676285-RZRS

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

Silvano da Conceição Alves

CPF da Vítima

043.083.034-35

Data do Acidente

15/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

emmanoela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (83) 3421-8003
(83) 9 9655-9484
(87) 9 9999-9976

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
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Patos-PB, 26 de Julho de 2018

Local e Data

Silvano da Conceição Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 10/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANO DA CONCEICAO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000017347-1

Nr. da Autenticação 8CF2F51707A47EDD

ANALIA MARIA DA CONCEICAO
RUA MANOEL GOMES DE LIMA, 140 - STO ANTONIO
PATOS / PB CEP: 58705-430 (AQ: 118)

Emissão: 07/03/2018 Referência: Mar / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B220, Km 25 - Canto Repente - João Pessoa / PB - CEP 58071-690

Roteiro: 2 - 118 - 50 - 5620

Nº medidor: 00008689220

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ nº 08.185.185/2001-40 Ins. Est. 16.018.809-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 000.009.007
Cod. para Deb. Automático: 00000217000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	07/03/2018	06/04/2018	1475048483

UC (Unidade Consumidora): 5/21700-0

Canal de contato

- Furtos de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 02/02/18	Leitura 2538	Data 07/03/18	Leitura 2832	
Demonstrativo				
CC: Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$) Base Calc. Pto(R\$) Colim(R\$)	
Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) 12% Pto(Geral(R\$) 0,6777% (0,1214%)				
0601 Consumo em kWh	34,000	0,694840	86,29	86,29 25 16,32 86,29 0,44 2,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA		9,52	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0804 JUROS DE MORA 01/2018		0,94	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805 MULTA 01/2018		1,31	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018		0,30	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 76,98 86,29 16,32 86,29 0,44 2,02

Média últimos meses (kWh) 98 **VENCIMENTO 14/03/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 76,96**

Histórico de Consumo (kWh)

100 | 72 | 91 | 85 | 84 | 82 | 82 | 88 | 85 | 79 | 87 | 88
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

RESERVADO AO FISCO

55ff.2885.a5f7.d40f.b7d1.871d.563c.8951.

Indicadores de Qualidade NCM99-3dets

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGI MENSAL	5,78	0,00	NOMINAL 220
DIGI TRIMESTRAL	11,56		
DIGI ANUAL	23,12		
FIC MENSAL	3,28	0,00	CONTRA TENSÃO 220
FIC TRIMESTRAL	6,56		
FIC ANUAL	13,12		
DIGI DIARI	12,22	0,00	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	17,80	23,13
Custo de Energia	21,04	27,33
Serviço de Transmissão	2,73	3,55
Serviço de Distribuição	4,00	5,20
Serviço de Manutenção e Emergência	30,48	39,59
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	76,96	100,00

19/03/18, 07:01 PM 1/2018, 9123, 06

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsidere essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgão de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.

Faturas em atraso

Fev/18 74,70

PARAIBA
Roteiro: 2 - 118 - 50 - 5620
Matrícula: 21700-2018-03-4

VENCIMENTO 14/03/2018 **TOTAL A PAGAR R\$ 76,96**

83690000000-8 76960054000-9 00217002018-0 03400118019-8





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 119

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02892885.7

VENCIMENTO
19/07/2018

N° Documento: 20180728928857

ESCRITÓRIO PATOS

MATRÍCULA
02892885.7

CLIENTE

DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO

CPF/CNPJ:

041.XXX.XXX-XX

INSCRIÇÃO

075.005.420.0056.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB 58704-380

FATURA

07/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

06/2018 -	22-FF	05/2018 -	10
04/2018 -	8	03/2018 -	8
02/2018 -	11	01/2018 -	10

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	14	R 52911

LEITURA

ANTERIOR ATUAL

679	693
07/06/2018	06/07/2018

CONSUMO

(M³)

CONSUMO/DIA

DIAS

14	29	0,49
N°Hm: Y13N713469		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2018 02/2018

JUROS DE MORA 03/2018 02/2018

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 9,32

TOTAL

R\$

61,25

"QUANDO A INFANCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 06/2018

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 16/07/2018



CAGEPA

MATRÍCULA

02892885.7

INSCRIÇÃO

075.005.420.0056.000

FATURA

07/2018

NÃO RECEBER APÓS

31/07/2019

VENCIMENTO

19/07/2018

VALOR R\$

61,25

GRUPO: 525

FIRMA: 2

82600000000-8 61250010075-7 02892885701-1 07201850003-2

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Silvano da Conceição Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.083.034/35 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Silvano da Conceição Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.083.034/35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ 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 RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELO HORIZONTE	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58700-000
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003		Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484 (87) 9.9999-9976

Patos, PB, 26 de Julho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luana de Melo Alves Gomes,
RG nº 4.195.771, data de expedição 07/10/2013,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 123.379.904-51 com
domicílio na cidade de Patos, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Padre Anchieta - Santo Antônio, nº 146,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Silvano da Conceição Alves, cujo o condutor era
Silvano da Conceição Alves

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA POP 110
Ano: 2015
Placa: QEN 4058
Chassi: 9C2JB0100GRD39331
Data do Acidente: 06/12/2017
Local e Data: Patos PB, 16/ Abril / 2018

Luana de Melo Alves Gomes
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

DINAMÉRICO WANDERLEY

Serviço Notarial e Escriturário

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as(s) Firmas(s) de:

LUANA DE MELO ALVES GOMES

Em test. da verdade. Patos-PB 16/04/2018 15:13:52

ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE

[2018-007976] JEM: R\$ 19,48 FARPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,47

SELO DIGITAL: A6145483-71N5

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

R. Tereza Pires, 118 - Centro
027 00760-000 - Patos - Paraíba
Tel: (33) 3421-0170
Fax: (33) 3421-0020



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermeira	Leito	Nº Prontuário	
Nome: SILVANO R. LONCONI ALVES		Idade: 46	Sexo: M	Cor: Br	
Pneúmonos: 130/80		Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo		Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Urina		Uréia	Outros		
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental		Alergias	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório		Estado Físico		Risco	
Anestesia Anteriores					
Medi:	2º-Anestésica	Aplicação	Efeito		
Aguarda Anestésica		INDUÇÃO			
Ligado		Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/>			
PULSO - RESPIRAÇÃO - ANESTESIA - OPERAÇÃO		Laringo Espasmo <input type="checkbox"/> Lente <input type="checkbox"/>			
260		Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>			
240		Outros <input type="checkbox"/>			
220		MANUTENÇÃO			
200		Anestesia Satisf. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
180		Não, porque? <input type="text"/>			
160		DESPERTAR			
140		Reflexos na SO <input checked="" type="checkbox"/>			
120		Obstr. CO2 <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/>			
100		Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>			
80		Outros <input type="checkbox"/>			
60		Com cânula			
40		para o leito sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>			
20		CONDIÇÕES <input checked="" type="checkbox"/>			
Símbolos e Anotações					
Posição					
Agentes		Cânula			
Técnica		Fórmula + Anestesia			
Operação		Fórmula + Anestesia			
Cirurgião		Fórmula + Anestesia			
Anestesiologista		Fórmula + Anestesia			
Observações		Fórmula + Anestesia			
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

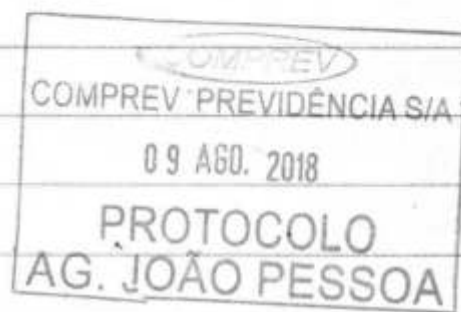
09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Gilberto do Conceição		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
11.12.17			
Cirurgião	Dr. Ironn		1º Auxiliar
Anestesiologista	Dr. Renê		Dr. Diego
Diagnóstico Pré-Operatório	Tipo de Anestesia		
fx olecrano @			
Tipo de Cirurgia	ortomínfx olecrano @		
Diagnóstico Pós Operatório	II		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			




DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

Pct em DDH @ Anestesia gen.
Anestesia e anti-espasmo,
colocação de gesso externo.
Incisão 1/4 pct. Rota olecrano, direção por
plano; localizando fratura.
Redução e fixação de boneco de ferro.
Limpieza, sutura por plano;
curativo.
TAA Ap; fr. anelado externo.

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 102.000.000-15148

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>João da Fonseca Alves</u>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
DT:	LEITO:	CONVÊNIO:	IDADE:	RECEITO:	
<u>09</u>	<u>05</u>	<u>SUS</u>	<u>46</u>	<u>20/09/2018</u>	
CIRURGIA: <u>Procuração de colite</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Waneslê J. J. J.</u>			
ANESTESIA: <u>geral</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Rini</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>Vassureiro</u>		DATA: <u>21/09/17</u>	INÍCIO: <u>15:39</u>	PM:	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	SOOP <u>FO. 01</u>
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desec.
1	Atadura <u>Atadura W. P. P.</u>	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Atadura <u>Atadura S. V. J.</u>		Atadura de Crepom 20cm
1	Atadura <u>Atadura P. C. J.</u>		Atadura Gessada 10cm
1	Quelcin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dormitid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestasin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparradrapo
	Etodimide	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcolin	X	Algodão Ortopédico
	Forane	1	Gas <u>Gas Viciado</u>
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
M	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Atadura <u>Atadura W. P. P.</u>		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Atadura <u>Atadura S. V. J.</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Atadura <u>Atadura P. C. J.</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Atadura <u>Atadura P. C. J.</u>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>17 Nylon 0 c/ agulha</u>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 09 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Silvano da Conceição Alves</u>	
DA CLÍNICA <u>Cirúrgica (Oncoedra)</u>	ENFERMARIA <u>48</u>
A CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	LEITO <u>05</u>

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

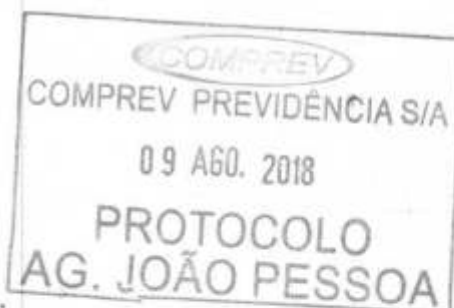
Risco Cirúrgico

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Pacientes sem queixas Cardiológicas.
Negas Comorbidades. Refere Alergia a penicilina
PA: 130/80mmHg ACV: BENF em 2T, SS. FC: 90bpm
ECG: Normal
Risco Cirúrgico: Baixo Risco



08-12-2017

DATA

Klauber M. de França
Cardiologista Geriatria

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: SILVANO DA CONCEIÇÃO ALVES
Medico: -
Laboratorio: INTERNO
Enfermaria: CLIN CIRURGICA

Nascimento: 08/04/1971 Idade: 46 Sexo: M
Cod. Pac.: 18090 Protocolo: 40293
08/12/2017 10:34:03
Leito: 9/5

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

Eritrócito: 4.400.000 /mm³
Hemoglobina: 13,4 g%
Hematócrito: 40,0 %
V.C.M.: 91,0 u3
H.C.M.: 30,0 pg
C.H.C.M.: 34,0 %
R.D.W.: 0,0 %

Masculino > 13 anos	Feminino > 13 anos
4.4 - 6.1 milhões/mm ³	4.2 - 5.4 milhões/mm ³
13.5 - 18.0 g%	11.5 - 16.0 g%
40 - 54 %	37 - 47 %
80 - 98 u3	80 - 98 u3
25 - 35 pg	25 - 35 pg
31 - 36 %	31 - 36 %
11.5 a 14.5 %	11.5 a 14.5 %

Observação Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais: 6.300

Maiores de 13 anos
4.000 a 10.000 /mm³

Mielócitos	0	0	0	-	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Bastonetes	0	0	0 a 5	-	0 a 500
Segmentados	71	4473	40 a 70	-	1.600 a 7.000
Eosinófilos	1	63	0 a 5	-	0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Linfócitos					
Típicos	22	1386	20 a 35	-	800 a 3.500
Atípicos	0	0		-	
Monócitos	6	378	2 a 10	-	80 a 1000

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 159.000

Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[Handwritten signature]
- 03/16
- 08/16

Paciente: SILVANO DA CONCEICAO ALVES

Idade: 46 Anos

Médico Requisitante:

Data: 09/12/2017

Exame Solicitado: Coagulograma Completo

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue

Tempo de Sangria.:

Resultado: 1 min. e 00 seg.

Valores de Referência: De 1 a 3 minutos

Tempo de Coagulação.:

Resultado: 6 min. e 15 seg.

Valores de Referência: De 4 a 8 minutos

Contagem de Plaquetas:

Resultado: 158.000 mm³

Valores de Referência: 150.000 a 450.000 mm³

TEMPO DE PROTROMBINA.:

- TEMPO DE PROTROMBINA PACIENTE.....15,0 segundos.

- TEMPO DE PROTROMBINA CONTROLE.....13,0 segundos.

- I.N.R.1,20

- ATIVIDADE ENZIMÁTICA72 %.

Valor Referencial em paciente normal : 70 a 100 %

- Recomendação dos limites terapêuticos da anticoagulação oral definidos pelo I.N.R. :

- Situação clínica : I.N.R.

- Profilaxia de Trombose venosa e embolia pulmonar2,0 a 3,0

- Trombose venosa recorrente2,0 a 4,0

- Trombose arterial e prótese valvar cardíaca.....3,0 a 4,5

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Flávia Damascena
Dra. Flávia Damascena
CRF 2731/PB

(Atendimento aos sábados até às 17:00h; Domingos e Feriados até 8 horas úteis)

www.microlabpatos.com.br



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

CC 9

Paciente: SILVANA DA CONCEIÇÃO ALVES
Médico Requisitante: DR. JOÃO H. S. LAUREANO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 46 ANOS
Data: 11/12/2017
Comanda: 35336

GLICEMIA DE JEJUM

Amostra: Soro
Método: Enzimático / Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 80 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dL

70,0 a 99,0 mg/dL

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.


Dr. Waldemar Soares Pereira
Oculista - Membro da Sociedade Brasileira de Oftalmologia
CRM: 2205 (CAR-PE: 1854)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



LAUDO ORTOPEDICO

Atendi SILVANO DA
CONCEIÇÃO ALVES, Pac
re acidente de 06/12-12
(Seis de Dezembro de
Dois mil e Doze)

queles ao qual deu-se
fratura o osso
femoral. Note-se
fratura em tra-
se unilocal

Stênio Guy W. Araújo
CRM 1386-0/GO 223146
ORTOPEDIA CIRURGIA ORTOP
CNS 206750107710005

fls. 06-12.18

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3421-2235 - Patos - PB.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO

Declaração para os devidos fins de direito que o Sr. ^(a),
Servano da Conceição Alves, encontra-se
internado ^(a), na enfermaria Clínica Cirúrgica leito 9/5, neste
nosocômio deste do dia 06/12/2017 em tratamento de saúde sem previsão de alta
médica.

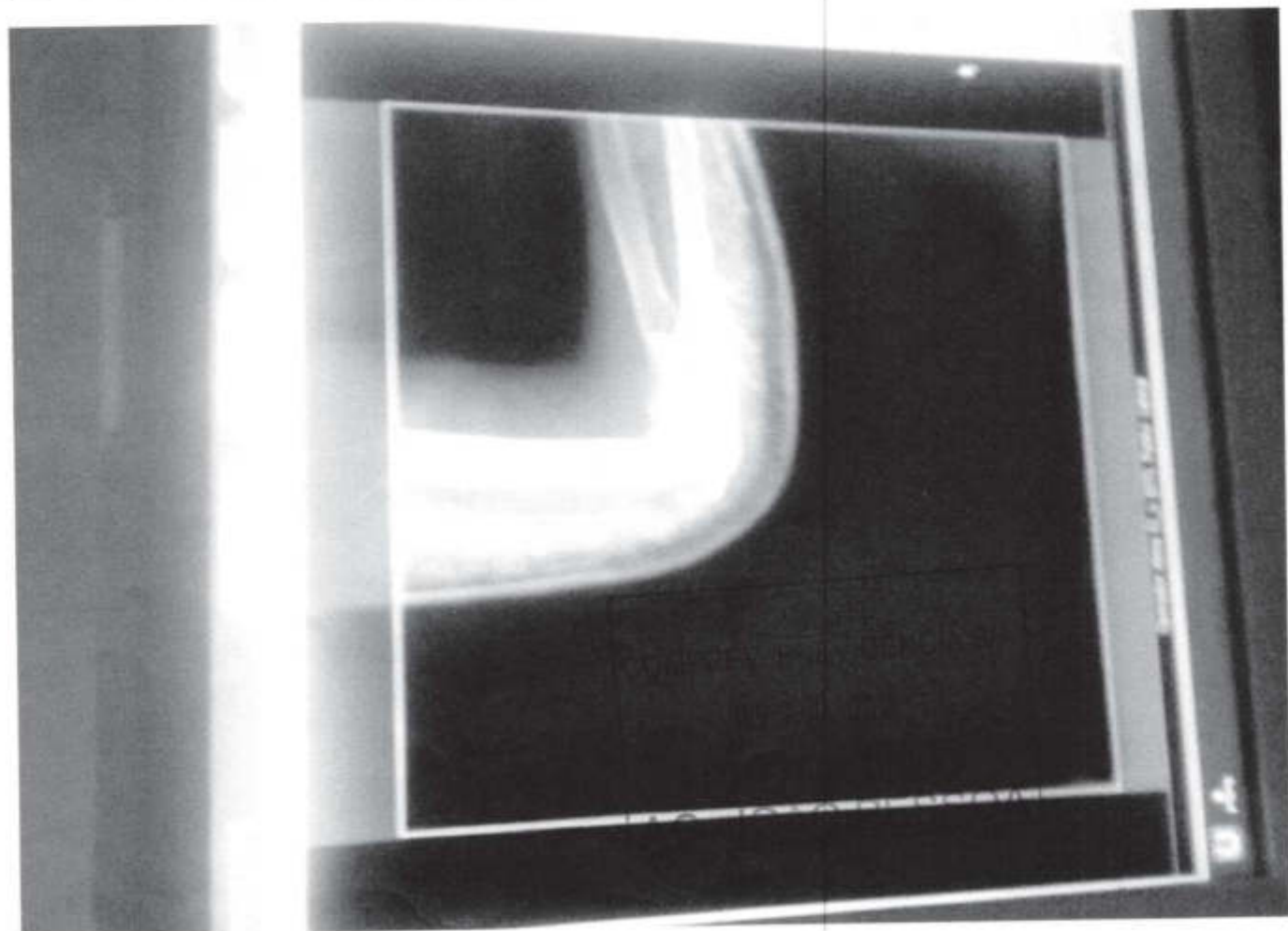
Patos - PB, 13/12/2017



Jeanécia Maria Ramos Fernandes
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS: 1254 - CPF 452.808.354-04

Serviço Social

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIRIL

02R44

Emmanoela Saturnina P. Vasconcelos

CARTÃO DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1975 Nº de inscrição 0481 3125 0833 ZONA 050 SEÇÃO 0030

MUNICÍPIO / UF TABIRA/PE DATA DE EMISSÃO 15/05/2013

Emmanoela S. P. Vasconcelos

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICA DE EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL
CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

106946 00005

Emmanoela S. P. Vasconcelos

ASSINATURA DO PORTADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DO
INTERDIÇÃO E TUTELA
FORUM JOSÉ VASCONCELOS MONTENEGRO
MUNICÍPIO DE TABIRA
ESTADO DE PERNAMBUCO

EMMANOELA SOARES DE SOUZA LINHARES MACHADO - TITULAR
NATILMA SOARES DO NASCIMENTO - SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, em 17 de maio de 2018, às 14h, no Cartório de Registro Civil, verificando-se que em 17 de dezembro de 2005, foi realizado o casamento civil, celebrado entre os cidadãos JOÃO BATISTA DE ARAUJO, de nacionalidade brasileira, residente e domiciliado em Tabira, Pernambuco, e EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA, de nacionalidade brasileira, residente e domiciliada em Tabira, Pernambuco, ambos maiores e capazes, solteiros, em plena consciência, sem qualquer coação, fraude ou dolo, e em conformidade com a legislação vigente, e que, em 17 de maio de 2018, foram apresentados os documentos necessários para a atualização do registro, e que, em 17 de maio de 2018, foram aprovados os documentos apresentados, e que, em 17 de maio de 2018, foram aprovados os documentos apresentados, e que, em 17 de maio de 2018, foram aprovados os documentos apresentados.

A este certidão, que é o original, e a cópia, EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO.

OBSERVAÇÕES: Casamento celebrado em 17 de dezembro de 2005, no Cartório de Registro Civil de Tabira, Pernambuco, e em 17 de maio de 2018, no Cartório de Registro Civil de Tabira, Pernambuco.

VALIDA SOMENTE COM O SIGO DE AUTENTICIDADE E LOCALIZAÇÃO

TABIRA, 17 DE MAIO DE 2018.

CARTÃO ECONÔMICO FEDERAL

UTA DO TRABALHADOR

106946-00005

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA
DE SOUZA ARAUJO

NOME DO TRABALHADOR
EMMANOELA PEREIRA V. SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1975 Nº de inscrição 0481 3125 0833 ZONA 050 SEÇÃO 0030

MUNICÍPIO / UF TABIRA/PE DATA DE EMISSÃO 15/05/2013

Emmanoela S. P. Vasconcelos

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013747601161
EXERCÍCIO 2017
VIA 0107357814-0 00/00000000 2017
NOME LUANA DE MELO ALVES GOMES

12337990451
PLACA ANT2 UF PB
CHASSI 9C2JB0100GR039331
PLACA QFN4058/PB

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/POP 1101
ANO FAB 2015

CAP / POT / CIL 2 E / 109 / CI
CATEGORIA PARTIC
DOA PREDOMINANTE VERMELHA
COTA UNICA 00/00/0000
VENC / COTAS 1º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 11/09/2017
OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

PATOS-PB

36838

LOCAL

09/10/2017

16501

PB Nº 013747601161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 12337990451
RENAVAM 01073578140
CAT DIE 9
HONDA/POP 1101
CHASSI 9C2JB0100GR039331
PLACA QFN4058/PB
EXERCÍCIO 2017
DATA EMISSÃO 09/10/2017

ANO FAB 2015
COTA UNICA 00/00/0000
VENC / COTAS 1º

PREMIO TARIFARIO 0
PREMIO TOTAL (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 11/09/2017
OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.603/0001-04

16501-1411384-20171009

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367339 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANO DA CONCEICAO ALVES **Data do acidente:** 06/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367339 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANO DA CONCEICAO ALVES **Data do acidente:** 06/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367339 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANO DA CONCEICAO ALVES **Data do acidente:** 06/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 06 DE DEZEMBRO DE 2017, FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - PB. FEZ EXAMES DE IMAGEM, CONFIRMANDO A FRATURA, E NO DIA 11 DE DEZEMBRO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA OSTEOSSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA POR 3 MESES.
EDEMA DE COTOVELO DIREITO (++)/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE 80 GRAUS. NÃO APRESENTA ATROFIAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367339 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANO DA CONCEICAO ALVES **Data do acidente:** 06/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 06 DE DEZEMBRO DE 2017, FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - PB. FEZ EXAMES DE IMAGEM, CONFIRMANDO A FRATURA, E NO DIA 11 DE DEZEMBRO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA OSTEOSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA POR 3 MESES.
EDEMA DE COTOVELO DIREITO (++)/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE 80 GRAUS. NÃO APRESENTA ATROFIAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Silvano da Conceição Alves
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
Profissão: Sapateiro
Identidade: 2.770.186 CPF: 043.083.034-35
Endereço: Rua Manoel Gomes de Lima, 140 - Santo Antônio; Patos-PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

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, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, 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

Silvano da Conceição Alves

Patos-PB; 24 / Julho / 2018

Local e data

IMAGEM DO
AUTÓGRAFO

Silvano da Conceição Alves

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
DALVALLE MEDEIROS RODRIGUES - ESCRIVÃO
Edna Carolina Wanderley - Tabelião
Guilherme Ricardo Wanderley - Tabelião

Av. Getúlio Vargas, 111 - Centro
58700-000 - Patos - Paraíba
Tel: (83) 3421-6020
Fax: (83) 3421-6020



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: SILVANO DA CONCEIÇÃO ALVES
Em test. da verdade, Patos-PB 24/07/2018 09:15:50
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
(2018-015641)EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEP3:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: AM611299-FRZS
Confira a autenticidade em: <https://calvutitital.finh.tux.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290776/18

Número do Sinistro: 3180367339

Vítima: SILVANO DA CONCEICAO ALVES

CPF: 043.083.034-35

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANO DA CONCEICAO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 21/09/2018

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU
CPF: 029.848.084-01

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367339 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANO DA CONCEICAO ALVES **Data do acidente:** 06/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 06 DE DEZEMBRO DE 2017, FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - PB. FEZ EXAMES DE IMAGEM, CONFIRMANDO A FRATURA, E NO DIA 11 DE DEZEMBRO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA OSTEOSSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA POR 3 MESES.
EDEMA DE COTOVELO DIREITO (++)/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE 80 GRAUS. NÃO APRESENTA ATROFIAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: