
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

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

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: 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 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

CPF da Vítima

043.023.034-35

Nome completo da vítima

Silvano da Conceição Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Silvano da Conceição Alves	CPF titular da conta	043.023.034-35	Profissão	Desaltruro
Endereço	Rua Manoel Gomes de Lima	Número	140	Complemento	Casa
Bairro	Santo Antônio	Cidade	Patos	Estado	PB
Email	emmancela@hotmail.com.br	CEP	58700-430	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
4982		17.3617	1

(Informar dígito se existir)

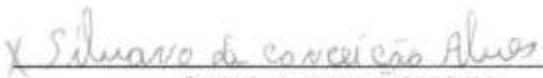
CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	Nº:		
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
		09 ASB/2008	

(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



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

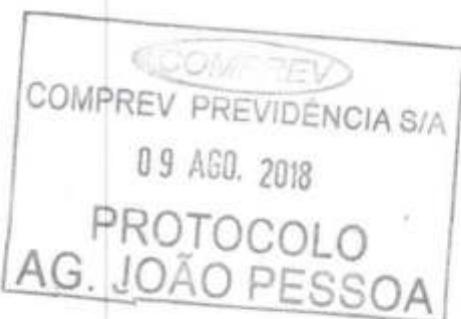
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO |
24/07/2018

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

PAG: 001

AG: 4982 PORTAL DO SERTAO OPER: 013 CONTA: 17.347-1
PERIODO: 24072018 ATE: 24072018 CPF: 043.083.034-35
NOME: SILVANO DA CONCEICAO ALVE 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 integra: 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 Policia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu **SILVANO DA CONCEIÇÃO ALVES**, nacionalidade brasileiro, RG: 2.770.186 2^a 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: Silvana Gómez, Alex

Patos/PB, 17 de Abril de 2018.

EDMILSON CAVALCANTE DE FREITAS
ESCRIVÃO DE POLICIA AD-HOC
Mat.: 135.699-2

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
Assinado na presença de: ...
...
...

apresentado. Es festesinho d

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

MÔNICA SOUZA DE ANDRADE XAV

[2018-012493] END:RS 2,37 F

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED

Configura a autenticidade em:

Contra a modernização

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Silvana da Conceição Alves</i>	<i>043.083.034-35</i>	<i>15/12/2017</i>

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <i>emmanoela@hotmail.com.br</i>	Telefone (DDD) <i>(83) 3421-8003</i> <i>(83) 9 9655-9484</i> <i>(87) 9 9999-9976</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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Patos PB, 26 de Julho de 2018

Local e Data

X Silvana 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



CAGEPA

Nº Documento: 20180728928857

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-870
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 02892885.7

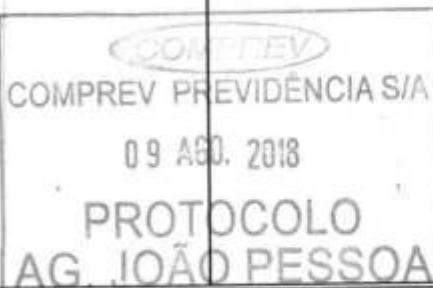
VENCIMENTO
 19/07/2018

FATURA
 07/2018

MATRÍCULA	CLINTE	ESCRITÓRIO	PATOS	CPF/CNPJ:
02892885.7	DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO			041.XXX.XXX-XX
INSCRIÇÃO	ENDERECO DO IMÓVEL			
075.005.420.0056.000	RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB	58704-380		
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA			ÁGUA ESGOTO
				LIGADO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS			LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
			ANTERIOR	ATUAL	(M ³) DIAS (M ³)
06/2018 -	22-FF	05/2018 -	10	679	14 29 0,49
04/2018 -	8	03/2018 -	8	693	
02/2018 -	11	01/2018 -	10	07/06/2018 06/07/2018	NºHm: Y13N713469
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR			
1	14	R 52911			

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AQUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)		10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3		4 M3	19,56
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2018 02/2018			1,64
JUROS DE MORA 03/2018 02/2018			2,14
Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,32			
		TOTAL R\$	61,25



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

DECLARAMOS NAO EXISTIR DEBITOS 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



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



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 nº 9.613/98.

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 Dilmano da Conceição Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.083.034/35, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Dilmano 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, TITULO 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 Lider-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

COMPREV PREVIDÊNCIA SIA

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvana 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 196,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Silvana da Conceição Alves, cujo o condutor era
Silvana da Conceição Alves.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA POP 110
Ano: 2015
Placa: QEN 4058
Chassi: 9C2JB0100GR039331
Data do Acidente: 06/12/2017
Local e Data: Patos PB, 16/ Abril/2018

Silvana 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
Advogado do Trabalho e Família
RECONHECIMENTO MATERIAIS

Av. Tancreto Pereira, 114 - Desliz
CEP 58010-000 - Patos - PB

Tel:

031-3271-0719

Fax:

031-3271-0629

E-mail:

031-3271-0629

Site:

031-3271-0629

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

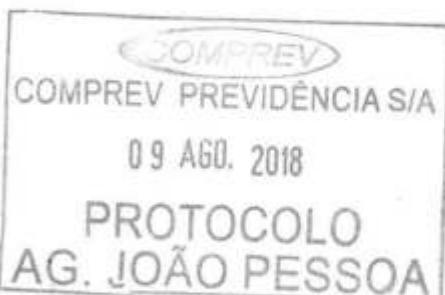
Silvana de Melo Alves Gomes

Zuetania Medeiros de Lucena - ESCRVENTE

[2018-0072976]ENOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGT454B3-7IMS

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



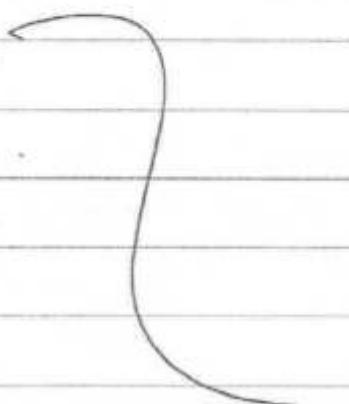
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome: <i>SILVANO Francisco Alves</i>			
Sexo:	Présto Anestesia:	Idade: <i>46</i>	Sexo: <i>M</i>	Sexo: <i>M</i>	Sexo: <i>M</i>
Med.:	Peso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
				Urina:	Outros:
		Urina:			
Ap. Respiratório		Assma			
Ap. Circulatório		Bronquite			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental		Ataxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório		<i>Febre COTOVelo (1)</i>			
Anestesia Anteriores					
Med.	pré-Anestesica	Aplicação:	Efeito		
Agente Anestesico:	<i>Sevofl</i>				INDUÇÃO
Líquido:					Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____
AV. F.	260	240	220	200	Laringo Espasmo _____ Lenta _____
	180	160	140	120	Náuseas _____ Vômitos _____
	100	80	60	40	Outros _____
	20				MANUTENÇÃO
Símbolos e Anotações					
Posição					
Agentes:	<i>Sevofl 1g + fentanyl 0,05 + folic 100 + rocurano</i>				
Técnica:	<i>General</i>				
Operação:	<i>Abdome</i>				
Georgides:	<i>Thomes + Delfo</i>				
Anestesiador:	<i>Paulo</i>				
Observações:					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

COV PEV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	Silvano do Conceição		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
11-12-17			
Cirurgião	Dr. Fronn	Iº Auxiliar	Dr. Diego
Anestesista	Dr. Renê	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fr. olecrano (D)		
Tipo de Cirurgia	osteomífrax olecrano (D)		
Diagnóstico Pós Operatório	II		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			
 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">  COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 09 AGO. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>			

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

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

Pct em DOR (D) náusea prof.
 Anestesia e anfícepsia
 colocada ampla extensão.
 Incisão ff. prof. pelo olecrano direção par
 pleno. localizado profuso.
 pedras e fixadas com linha de fuso.
 Limpeza, massa par pleno;
 aberto

TATTOO; AF anelado náusea.

Dr. Diego S. SOUZA
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PB 10227 TEC/1148

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		LEITO		CONVENIO	DATA	REVISTO
JT 90	OS	SUS			16	20/11/93
CIRURGIA		CIRURGIA		Dr. Manoel J. J. G.		
ANESTESIA		ANESTESIA		Dr. René		
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO	FIM	
		21/11/17		15:39		

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDEHOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	M	Starp 500ml
	TX. Bomba de Infusão	M	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardio-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	5	Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico	5	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	M	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	M	Eletrodos nes.
	TX. Banda	1	Atadura de Crepom 10cm
	TX. Bandas	1	Atadura de Crepom 20cm
	TX. Bandas	1	Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xiletesin a 5%		Dreno Succção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparradrapo
	Etodimida	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Publicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Nan	X	Algodão Ortopédico
	Forane	X	08x Viciu 30
	Sufenta		Vaselina Entóri
	Diazepan	X	Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Catgut 1-0		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Catgut 1-0		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Catgut 1-0		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Catgut 1-0		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanol 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 600mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbcate 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		PT Nylon a 0 c/ agulha



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Silvano da Conceição Alves

DA CLÍNICA Cirúrgica (Ortopedia)
A CLÍNICA Cardiologia

ENFERMARIA 9e
LEITO 05

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 em queixas Cardiológicas.
Nega comorbidades. Refere Alergia a penicilina
PA: 120/80 mmHg ACV: BEM em 2T, 5S. FC: 90 bpm
ECG: Normal
Risco Cirúrgico: Baixo Risco

08/12/2017

DATA

Klauber M. de França
Cardiologia Geriátrica
CRM-PB 0650

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

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

Paciente: SILVANO DA CONCEIÇÃO ALVES Nascimento: 08/04/1971 Idade: 46 Sexo: M
Medico: - Cod. Pac.: 18090 Protocolo: 40293
Laboratorio: INTERNO 08/12/2017 10:34:03
Enfermaria CLIN CIRURGICA Leito: 9/5

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

Eritrócito:	4.400.000 /mm3	Masculino >13 anos 4.4 - 6.1 milhoes/mm3	Feminino >13 anos 4.2 - 5.4 milhoes/mm3
Hemoglobina:	13,4 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematórito:	40,0 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	91,0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	30,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	34,0 %	31 - 38 %	31 - 36 %
R.D.W.:	0,0 %	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
Metamielócitos	0	0 a 1 - 0 a 100
Bastonetes	0	0 a 5 - 0 a 500
Segmentados	71	4473 40 a 70 - 1.600 a 7.000
Êosinófilos	1	63 0 a 5 - 0 a 500
Basófilos	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 Referencia: 150.000 a 450.000

Morfologia
Metodo: AUTOMATIZADO

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



ANALISES CLÍNICAS, MICROBIOLOGIA E ELETROFÍSICA

UNIDADE I - SERRA, PATO BRANCO
CNPJ: 14.711.222/0001-72
Av. Serraria, nº 1000
Centro - PB - 58.143-010
Cidade - PB - 58.143-010

UNIDADE II - JERICÓ-PB
Av. Entrada de Chaves, 15
Centro - PB - 58.143-010

UNIDADE III - CORDEIRAS-PB
Av. 4 de Setembro, 100
Centro - PB - 58.140-010

UNIDADE IV - SÃO BENTO-PB
Av. José Mariano Ribeiro, 100
Centro - PB - 58.144-010

UNIDADE V - SERRA NEGRA DO NORTE-RN
Av. Olho D'água, 100
Centro - RN - 59.300-010

UNIDADE VI - BELCHIOR DO BRASIL DO CRUZ-PB
Av. Almeida Chaves, 515
Centro - PB - 59.323-2211



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 ENZIMÁTICA 72 %.

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. 2,0 a 3,0

- Profilaxia de Trombose venosa e embolia pulmonar 2,0 a 4,0

- Trombose venosa recorrente 3,0 a 4,5

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



Dra. Flávia Damascena
CRF 2731/PB

de Dra. FLÁVIA DAMASCENA

■ C.R.F. 2731/PB - FARMACÉUTICA, BIOQUÍMICA E CITOPATOLÓGISTA - Especialização em Citopatologia Mamária e do Trato Gastrointestinal

Dra. JANAINA FREITAS

■ C.R.F. 2113/PB - FARMACÉUTICA, BIOQUÍMICA - Especialização em Laboratório Clínico-Hospitalar pela USP

09/12/2017 11:47

CC 9



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

Paciente: SILVANO 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 resultante é apenas relativa.


Dr. Wladimir Soares Ferreira
Glicose - Membro da Sociedade Brasileira de Medicina de Convênio - SBM - 7225 - CRM-PB: 1024

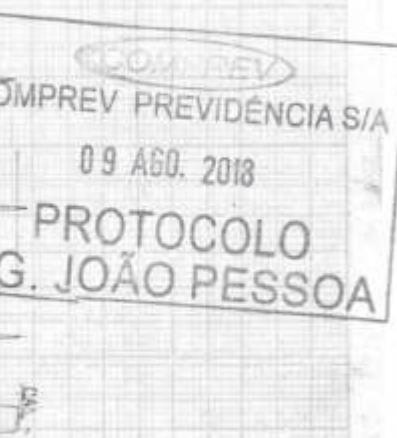

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

11

12

13

14





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



LANÇAMENTO

Atélio Silvano da

Conceição Alves, Piau

pe acidente do 06/02/12

(Seri de dezenas de
deixar o deserto.)

queiro ao caminhada

franquear o deserto

o mundo. Fato é

franquear encontra-
se consolidado

fls. 06-02-18

Stélio Góes W Arzijo
CRM 1386 - CO 223346
ORTOPEDISTA - CONSULTORIO
GDS 256750/07770000

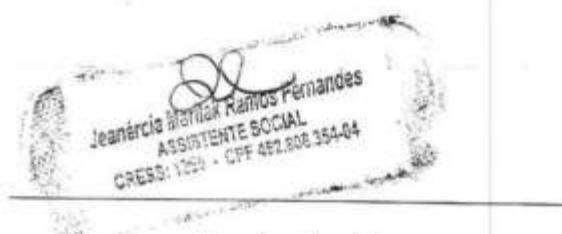
Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3421-2235 - Patos - PB.

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

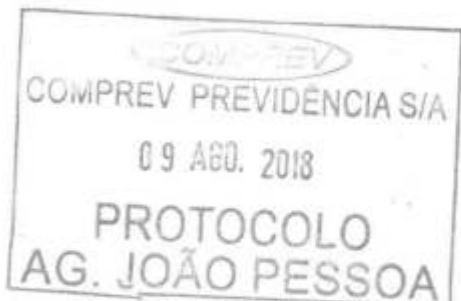
DECLARAÇÃO

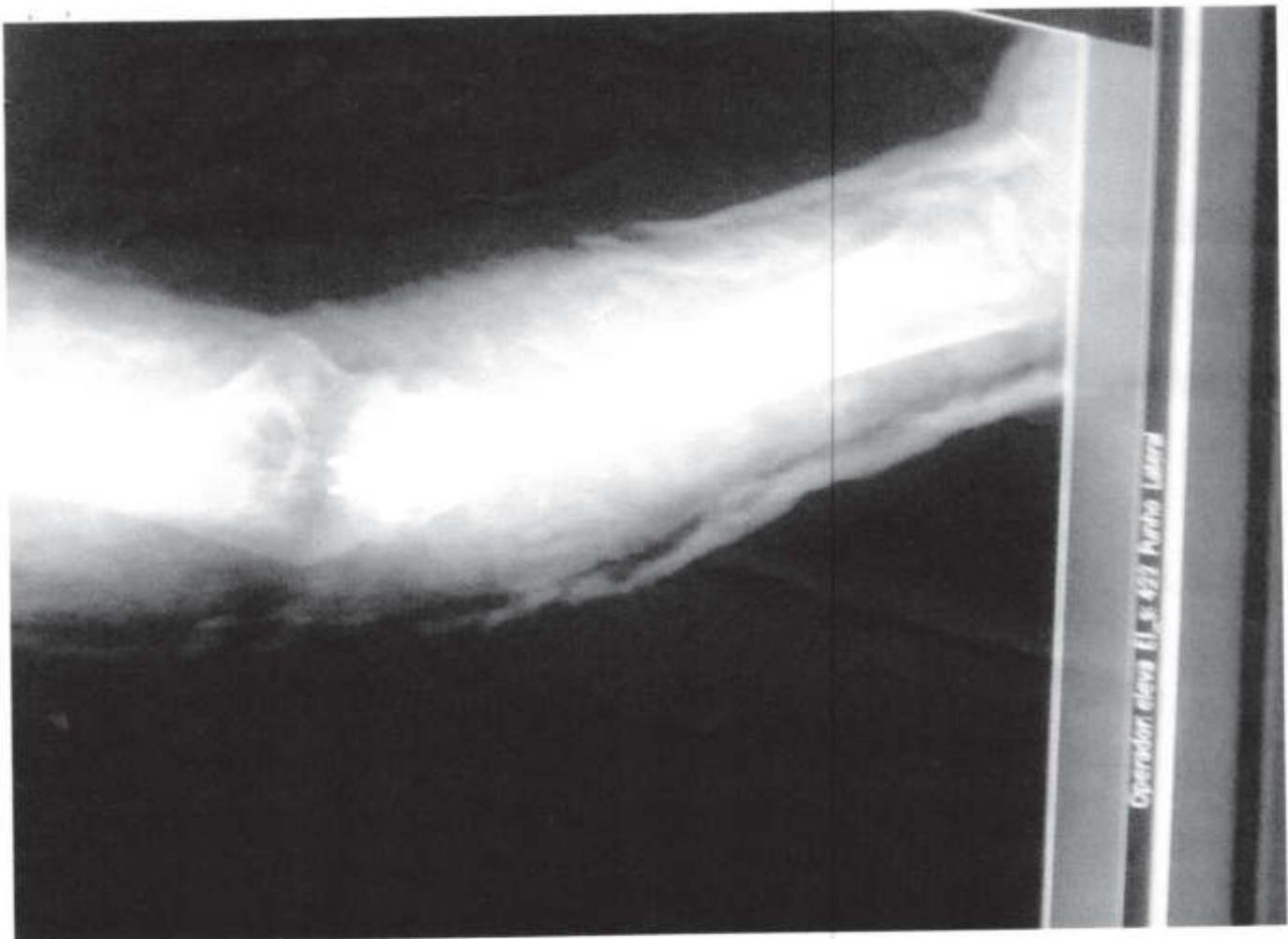
Declaração para os devidos fins de direito que o Sr. (º),
Selviano da Conceição Alves, encontra-se
internado (º), na enfermaria Clínica Cirúrgica leito 3/5, neste
nosocomio deste do dia 06/12/2017 em tratamento de saúde sem previsão de alta
médica.

Patos - PB, 13/12/2017

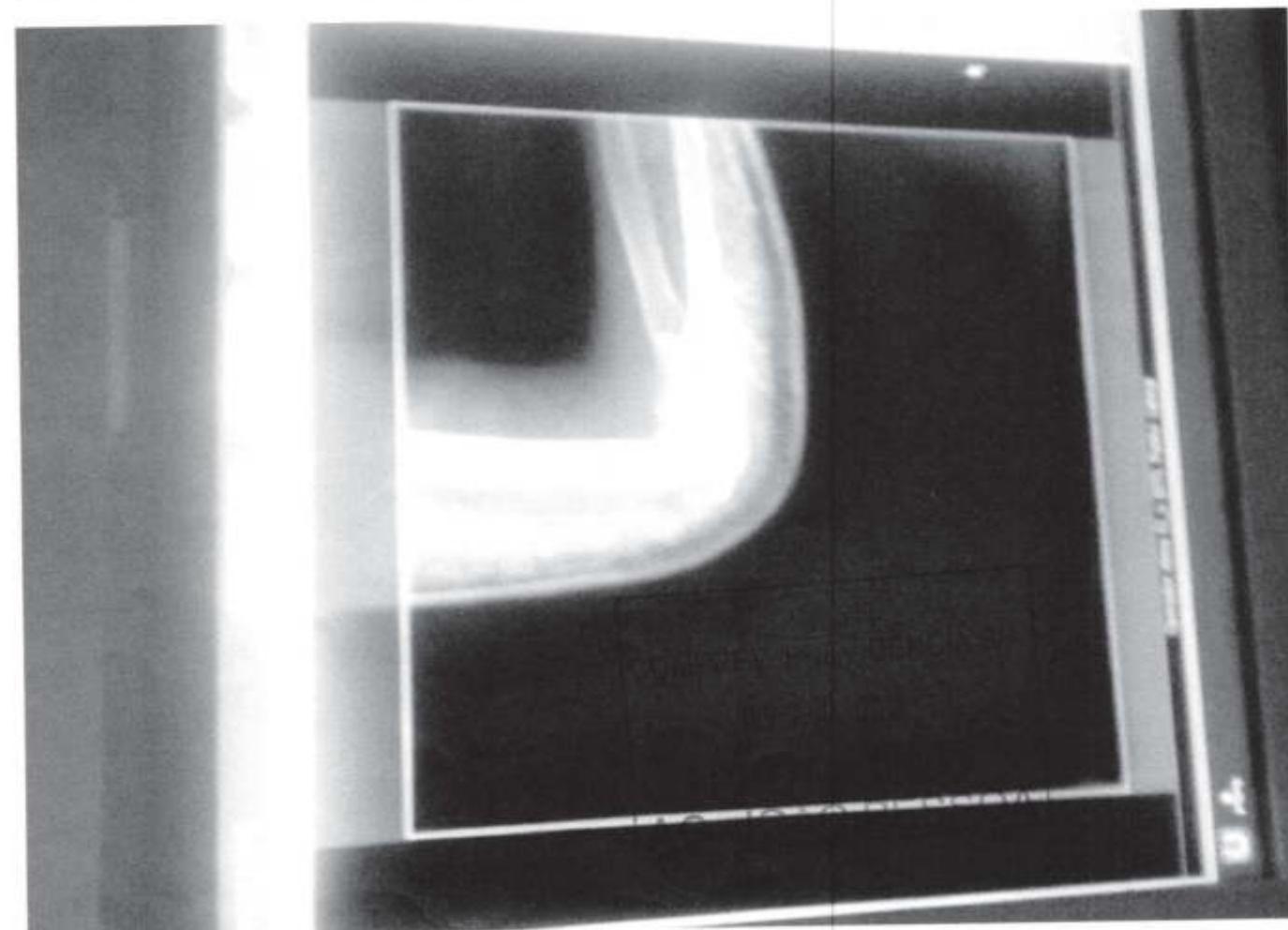


Serviço Social





Operación eleva la voz de la gente



Operación eleva la voz de la gente

USA



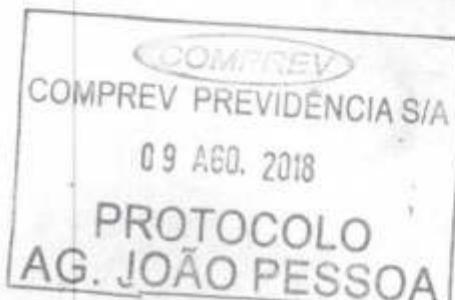
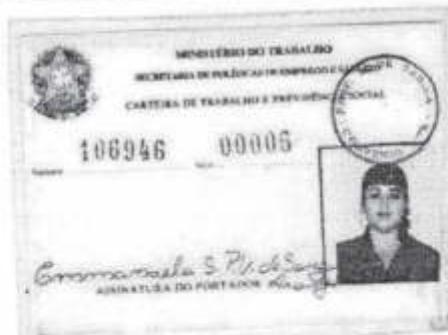
Ministério da Fazenda
Receita Federal

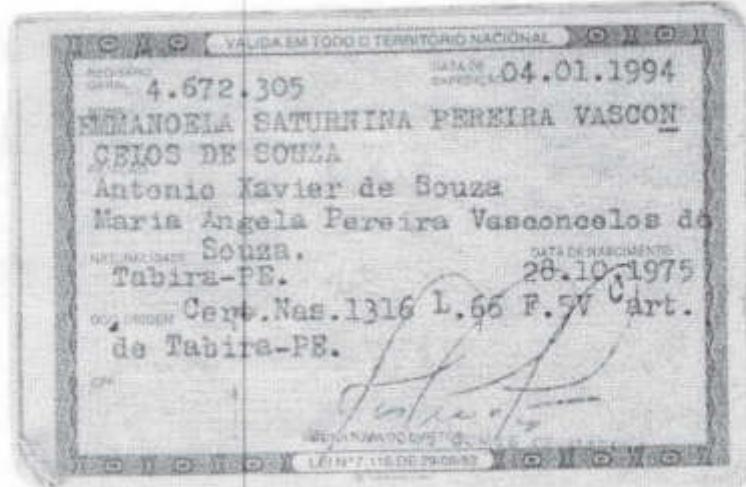
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975



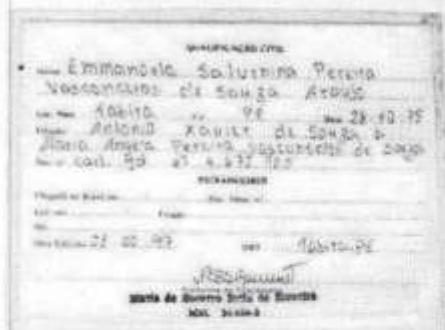
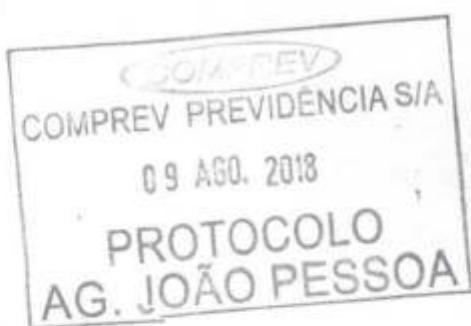


CÓDIGO DE CONTROLE
06EA.5464.DC00.B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013747601161

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITACAO DE VEICULO
CNPJ 00.000000000000-00
EXERCICIO
1 0107357814-0 00/0000000 2017VIA
1
NOME
LUANA DE MEIO ALVES GOMES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PB Nº 013747601161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

CPF / CNPJ	OFFN4058 / PB	PLACA
12337990451		
PLACA ANTO. DE NOVO	9C2JB0100GR039331	CHASSI
ESPECIE PRO PAS / MOTOCICLE / NAO	APLIC	COMBUSTIVEL
MARCA / MODELO	GASOLINA	
CAP / POT. CL	110T	ANO FAB
2 P / 109	/ CI	ANO FAB
CATEGORIA	PARTIC	ANO FAB
VEND. COTA UNICA	VEND. COTA UNICA	ANO FAB
00/00/0000	10	ANO FAB
FAKATIVA *****	2 ^a	ANO FAB
PREMIO TARIIFARIO (R\$) *****	3 ^a	ANO FAB
SEGURO	PAG 0	ANO FAB
DISERVIÇOS		ANO FAB
SEM RESERVA DE DOMINIO		
0		

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.603/0001-04

AGO 2017

PATOS - PB

LOGAT

09/10/2017

16501

16501-1411384-20171009

CONTRAN

16501

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.603/0001-04

AGO 2017

36838

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTÓCOLO
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 - 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

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 OSTEOSINTSE 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 OSTEOSINTSE 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: Sapteiro
Identidade: 2.770.186 CPF: 043.023.034-35
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 vitima

Silvano da Conceição Alves

Patos-PB, 24 / Julho / 2018

Local e data

TRANSCRITO

Silvano da Conceição Alves

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de...
SILVANO DA CONCEIÇÃO ALVES*****
En test. da verdade, Patos-PB 24/07/2018 09:15:50
ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCREVENTE
[2018-015641]EMOL:R\$ 19,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AH611299-FRZS

Clique na autenticidade em: <https://calunofinal.tinifus.com>



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2017

Titular do CPF: SILVANO DA CONCEICAO ALVES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/09/2018

Data do cadastramento: 21/09/2018

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

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

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 OSTEOSINTSE 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: