



Número: **0800939-15.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SILVANO DA CONCEICAO ALVES (AUTOR)	ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO) ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34706 590	24/09/2020 12:13	<u>Petição</u>	Petição
34706 592	24/09/2020 12:13	<u>2601944_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
34706 593	24/09/2020 12:13	<u>2601944_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135697100000033180393>
Número do documento: 20092412135697100000033180393

Num. 34706590 - Pág. 1

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



00030244



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 médica-hospitalar não conclusivo

Pag. 00987/00988 - carta_03 - INVALIDEZ

0060494


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.

Carta nº 13265371

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<i>Silvano da Conceição Alves</i>	CPF titular da conta	<i>043 083 034-35</i>	Profissão	<i>Desativado</i>
Endereço	<i>Rua Manoel Gomes de Lima</i>	Número	<i>140</i>	Complemento	<i>Casa</i>
Bairro	<i>Santo Antônio</i>	Cidade	<i>Patos</i>	Estado	<i>PB</i>
Email	<i>emmanoela@hotmail.com.br</i>	CEP	<i>58700-430</i>	Telefone (DDD)	<i>(83) 3421-8003</i>
					<i>(83) 9 9630-1658</i>
					<i>(83) 9 9655-9484</i>
					<i>(87) 9 9999-9976</i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

9982
(Informar dígito se existir)

D/V

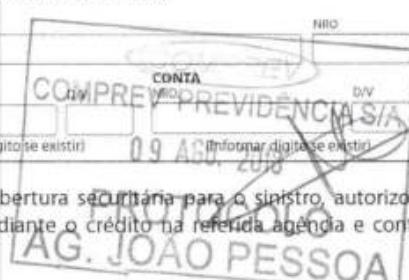
CONTA

17347
(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NAME	NIRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGÊNCIA	CONTAB	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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

FAPPF.001 V001/2017



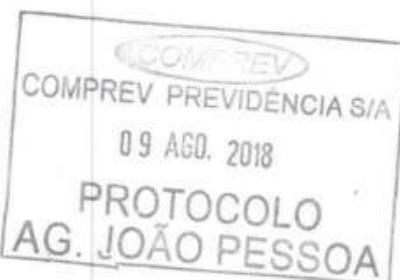
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO |
24/07/2018

>>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
----------	--------	-----------	------	-------	-------



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 5

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.

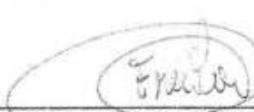
Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

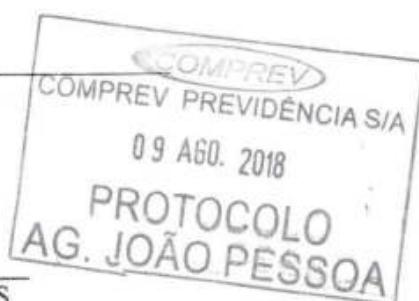
TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B.

– 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
ESCRIVÃO DE POLICIA AD-HOC
Mat.: 135.699-2



2 - LIVRETO DE PROTÓTIPO
3 - TÍTULO DE NOTA ARRENDAMENTO DE TERRAS E DOCUMENTOS
4 - REGISTRO CIVIL DE HABITACÃO E TERRAS

Intendente Revisor Censo: Antônio Moreira Torres Assento: Antônio Moreira Torres



Autêntico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 01/08/2018 11:39:57
MANUELA SOUZA DE MORAES XAVIER - Escriturária
[2018-012493] ENOL:R\$ 2,37 FABEN:R\$ 0,28 FEPD:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AN676285-R2R3
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Silvana 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 <u>emmanoela@hotmail.com.br</u>	Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9655-0484 (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 atende 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

03 Ago, 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Patos PB 26 de Julho de 2018
Local e Data

Silvana da Conceição Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 8

ANALIA MARIA DA CONCEICAO
RUA MARCEL GOMES DE LIMA, 140 - SANTO ANTONIO
PATOS / PB CEP: 58705-430 (AG: 116)

Emissao: 07/03/2018 Referencia: Mar/2018

Classific/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B120, Km25- Cidade Realengo-Juiz de Fora/PB-DEP 50071-000
Rotero: 2- 118- 50- 5620 N° medidor: 00098869220 CNP/10/201867001-40. Incr. Est: 140168200

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cada. Referente: Juiz de Fora/PB-DEP 50071-000
CNP/10/201867001-40. Incr. Est: 140168200

Nº Fone: 0800-083-0196 Cada. para Det. Automatizado: 00000217000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acess: 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 rouboada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar castigo. E ainda prejudica aqueles que não faz. O furtos 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	Lectura 2638	Data 07/03/18	Lectura 2832	94 88
Demonstrativo				
CC: Código de Classificação do item				
0801 CONSUMO EM kWh	94.000 0.694540	85,39	85,29 25	16,22 25,39 0,44 2,03
0807 CONTRIBUICAO EUM PUBLICA	9,82	0,00 0	0,00 0,00 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 0,00 0,00
0805 MULTA 01/2018	1,31	0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00
0806 ATUALIZACAO MONETARIA 01/2018	0,30	0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00
TOTAL 76,98 85,29 16,32 85,29 0,44 2,03				

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

Histórico de Consumo (kWh)

100	1	72	1	81	1	85	1	84	1	82	1	82	1	82	1	82	1	88
Mar/17	Abr/17	May/17	Jun/17	Jul/17	Aug/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Fev/18							

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

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação
DIANICIAL 6,73	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Det. da Energia/PB 17,80 22,12
DI TRIMESTRAL 17,58			Companhia de Energia 21,64 21,71
DIANICIAL 23,16			Serviço de Transmissões 1,73
DI MENSAL 3,28	0,00	CONTRATACIONAL 220	Energia Elétrica 1,23
DI TRIMESTRAL 6,73			Impostos, Custos e Encargos 35,40 35,40
DIANICIAL 1,41	0,00	CONTRATACIONAL 220	Outras Serviços 0,00 0,00
DI DI 12,22			Total 76,98 100,00

ATENÇÃO

- PRA VISO 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, desconsiderar essa mensagem.

Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não pagamento.

Faturas em atraso

Fev/18 74,70

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

836900000000-8 76960054000-9 00217002018-0 03400118019-8





COMPANHIA DE AGUAS 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

Nº Documento: 20180728928857				ESCRITÓRIO	PATOS	SEGUNDA VIA			
MATRÍCULA 02892885.7	CLIENTE DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO				CPF/CNPJ: 041.XXX.XXX-XX	CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO 02892885.7			
INSCRIÇÃO 075.005.420.0056.000	ENDERECO DO IMÓVEL RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB 58704-380				VENCIMENTO 19/07/2018				
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA				ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL	FATURA 07/2018			
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 07/06/2018	CONSUMO (M ³) 14	CONSUMO/DIA DIAS 0,49			
				ATUAL 06/07/2018	Nº Hm: Y13N713469				
DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE ATÉ 10 M ³ - R\$ 37,91 (POR UNIDADE) 11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 4,89 POR M ³ ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2018 02/2018 JUROS DE MORA 03/2018 02/2018 Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS. Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,32						CONSUMO POR FAIXA CONSUMO R\$ 10 M ³ 37,91 4 M ³ 19,56 1,64 2,14			
						 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 09 AGO. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			
						TOTAL R\$	61,25		

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO 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

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

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

DDRL.001 V001/2017

Declaracão 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 Ancheta - 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 Silvano da Conceição Alves, cujo o condutor era
Silvano da Conceição Alves

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA POP 110
Ano: 2015
Placa: QEN 9058
Chassi: 9C2JB0100GR039331
Data do Acidente: 06/12/2017
Local e Data: Patos PB, 16/ Abril / 2018

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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)
(Somente reconhecimento de firma)

DINAMÉRICO WANDERLEY
PRAZO INICIAL E INDEFINIDO
PRAZO INICIAL E INDEFINIDO
RECONHECO, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) do(s).....
LUANA DE MELO ALVES GOMES

En test. da verdade. Patos-PB 16/04/2018 15:13:52
ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
F2018-007976-7160:R\$ 99,49 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AG145483-71MS
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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



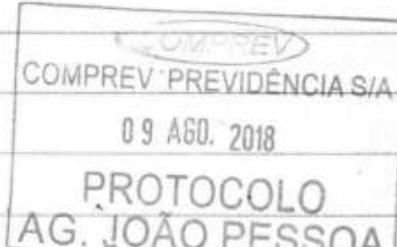


**HÓSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE**





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Silvano do Nascimento.		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
11-12-17			
Cirurgião	Dr. Irone	1º Auxiliar	Dr. Diego.
Anestesista	Dr. Renê	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fr. olecrano (D).		
Tipo de Cirurgia	osteomíseis olecrano (D).		
Diagnóstico Pós Operatório	II		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			
 <p>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 09 AGO. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>			

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

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

Pct em DOR (D) nefroso gr.
 Anomia e onfi apns, celococad ampli esfrin.
 Incisão fr. prof. Reta olecrano, drcap por
 planos localizado prof.
 pedras e fixad of bndb de fimo.
 Limpeza, wllas por planos;
 abroto
 TAT ap; as andados nefroso.

Dr. Diego S. Sampaio
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PB 1927 - CRIT 15148



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

AGENTE	Dr. João da Conceição	CONVENTO	146	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
DT.	09	LETRA	OS	DATA	10/10/93
CIRURGIA	Dr. João da Conceição	CIRURGIA	Dr. João da Conceição		
ANESTESE	General	ANESTESE	General		
INSTRUMENTADORA	João da Conceição	DATA	10/10/17	INÍCIO	15:39
				FM	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	M	SGSP
	TX. Bomba de Infusão	M	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
X	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sela	F	Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico	H	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	H	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	H	Eletrodos des.
	Atas de João da Conceição	F	Atadura de Crepom 10cm
	Atas de João da Conceição	F	Atadura de Crepom 20cm
	Atas de João da Conceição		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Eter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Succión
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparradrapo
	Etodimida	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrônico
	Narco	X	Algodão Ortopédico
	Forane	F	Cloruro de Cálcio
	Sufenta		Vassoura Entéril
	Diazepam	F	Aguilha 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
	Cat-gut 1-0		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cat-gut 1-0		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Cat-gut 1-0		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Cat-gut 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 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Ablocate 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		
			Nylon 0 c/ agulha

COMPREV
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: <i>Silvano da Conceição Alves</i>			
DA CLÍNICA A CLÍNICA	<i>Cirúrgica (Ortopedia) Cardiologia</i>	ENFERMARIA LEITO	<i>ge 05</i>
MOTIVO DA CONSULTA:		(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
		<i>Risco Cirúrgico</i>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE		
PARECER: <i>Pacientes em queixas Cardiológicas. Nega comorbidades. Refere Alergia a penicilina PA: 120/80mmHg ACV: BEM em RT, SS. FC: 90bpm ECG: Normal Risco Cirúrgico: Baixo Risco</i>			
<i>08/12/2017</i>		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
DATA		 <i>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 09 AGO. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>	
		<i>Klauber M. de França Cardiologista Especialista CRM: 100000</i>	
		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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 - 15,0 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 - 36 %	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	-	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
Esinófilos	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:

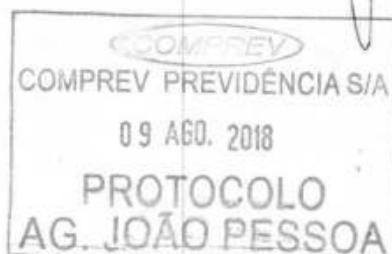
CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 159.000

Valores de Referencia: 150.000 a 450.000

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO





LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, MICROBIOLOGIA E CITOPATOLÓGICA

UNIDADE I - SERRA PIRES-PE
CNPJ: 14.711.229/0001-71
Av. Serraria, Pernambuco, 200
Centro - TEL: (81) 3433-0700

UNIDADE II - JERICÓ-PB
Av. Engenheiro de Chaves, 155
Centro - (81) 3425-1818

UNIDADE III - COREMAS-PB
Av. 4 de Julho, 31
Centro - TEL: (81) 3426-1171

UNIDADE IV - SÃO BENTO-PB
Av. José Mariz Ribeiro, 101
Centro - TEL: (81) 3404-1143

UNIDADE V - SERRA NEGRA DO NORTE-PB
Av. Olho D'água, 2019
Centro - TEL: (81) 3431-3100
Centro - (81) 3431-3311



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: 150.000 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.

- Profilaxia de Trombose venosa e embolia pulmonar 2,0 a 3,0

- Trombose venosa recorrente 2,0 a 4,0

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



Dra. Flávia Damascena
CRF 2731/PB

Dra. FLÁVIA DAMASCENA = CRF 2731/PB - FARMACÉUTICA, BIOQUÍMICA E CITOLOGISTA - Especialização em Citopatologia Mamária e do Trato Gastrointestinal
Dra. JANAINA FREITAS = CRF 2113/PB - FARMACÉUTICA, BIOQUÍMICA - Especialização em Laboratório Clínico-Hospitalar pela USP





CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

CC 9

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

Mostra: 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 resultado é apenas relativa.

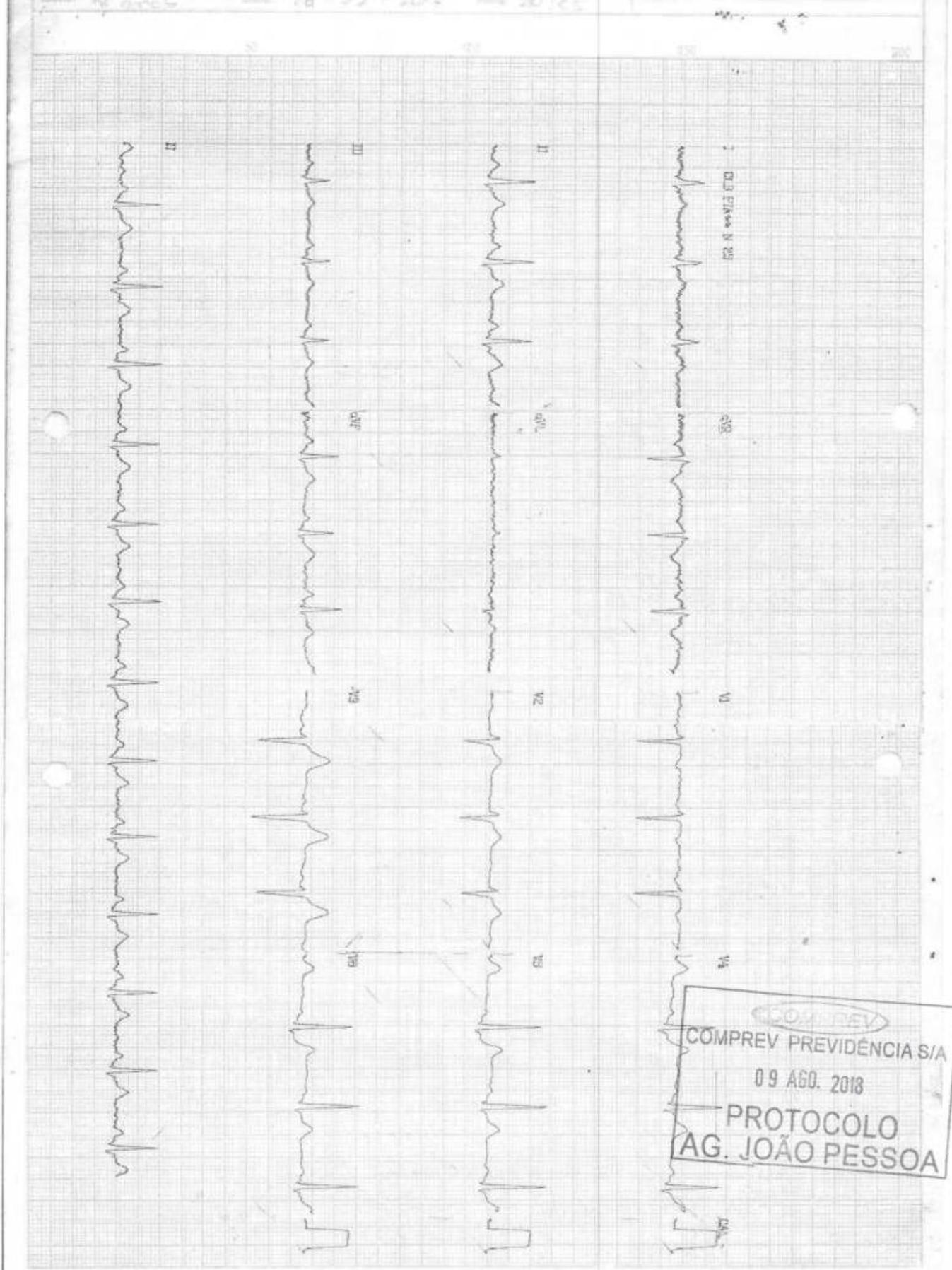

Dr. Welly Gomes Braga Ferreira
Biossintese - Membro da Diretoria Executiva da Morelango
CRM: 72295 (CAP-FB: 1894)


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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 19





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

Judo ortopedie

Atudi Silvano da

Concord Alveo, Inc

✓ available 06-12-12

(for) the December 15

DESSERTS (Continued)

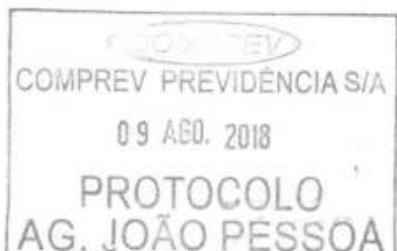
Quiles as can be had

French o wren

Guy W. Arvizu
85-045223946
ARIZONA STATE POLICE
617-201-0771/0000000000

Mr. 06-02.18

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



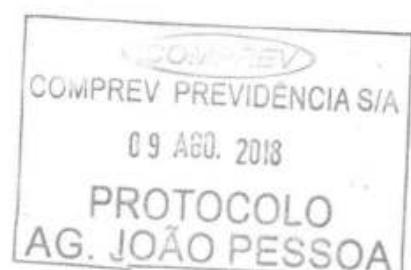
DECLARAÇÃO

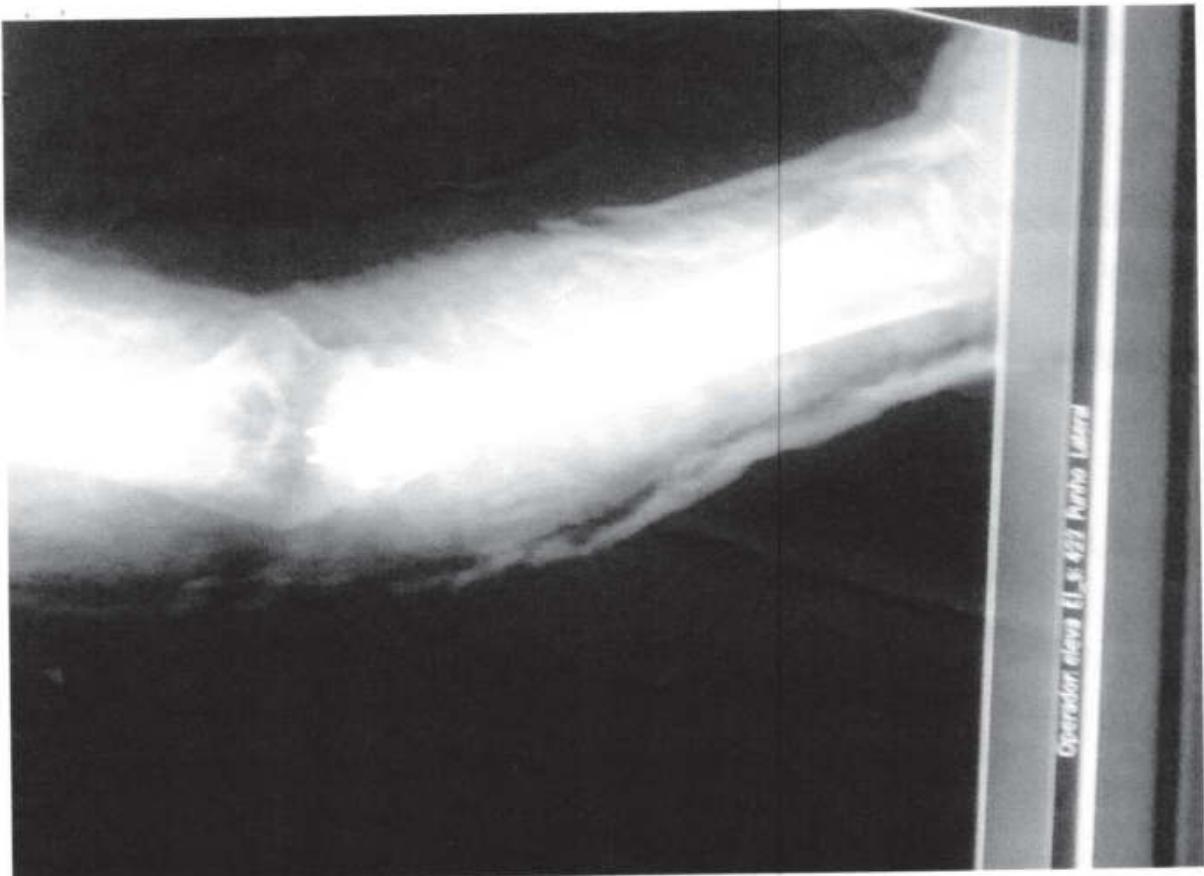
Declaração para os devidos fins de direito que o Sr. (º),
Silviano de Oliveira, encontra-se
internado (º), na enfermaria clínica Cirúrgica leito 915, neste
nosocomio deste do dia 06/12/2017 em tratamento de saúde sem previsão de alta
médica.

Patos - PB, 13/12/2017

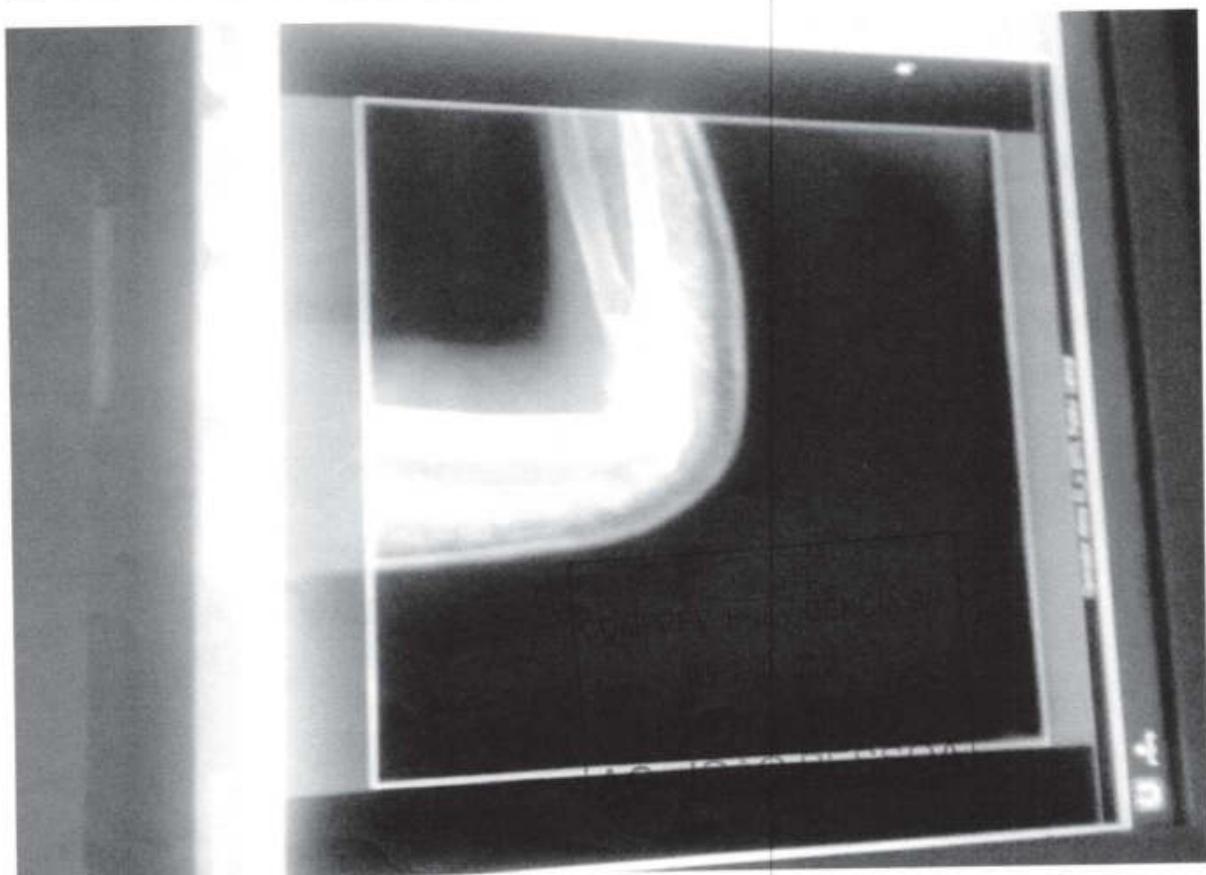


Serviço Social





Operador: eletrônico - 01.09.2020 - 10:17

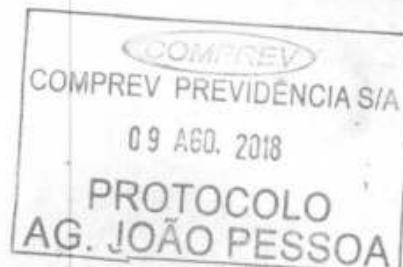
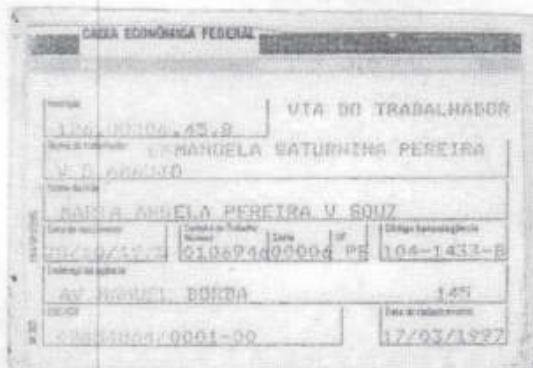


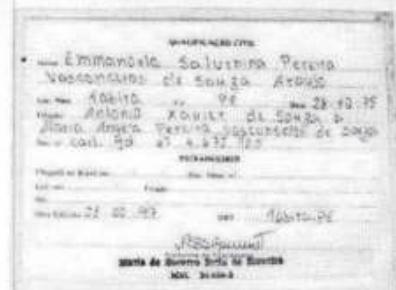
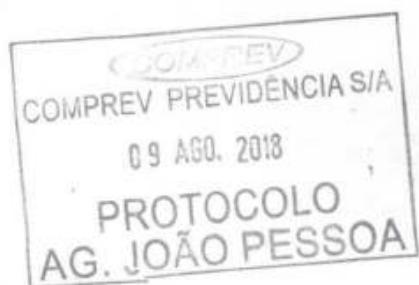
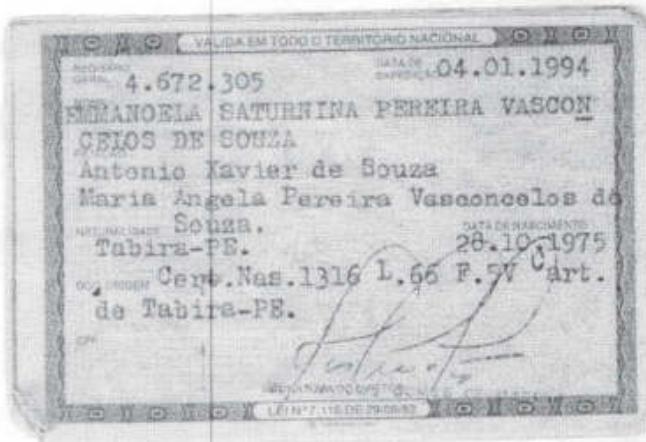
Operador: eletrônico - 01.09.2020 - 10:17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

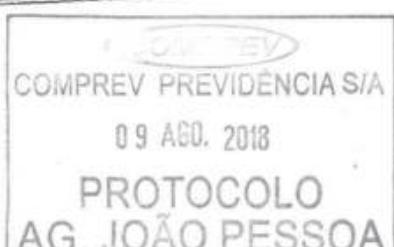
Num. 34706592 - Pág. 23





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 25



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:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 27

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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.
médico pericial:

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:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 29

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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.
médico pericial:

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:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 30

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Silvano da Conceição Alves
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
Profissão: Sapateiro
Identidade: 2 770 186 CPF: 043 083 036 - 35
Endereço: Rua Manoel Góes de Lima, 190 - Santo Antônio - Petrópolis - PB

QUITORGADO:

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 pericia 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 de Conceição

Patos-PB, 24 / Julho /2018
Local e data

**Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)**



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:...
SILVANO DA CONCEICAO ALVES

Em test,da verdade, Patos-PB 24/07/2018 09:15:50
ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCREVENTE
(2018-0156-111601:R\$ 0,48 FARPEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHB11299-FRZS
Confirma e autentica-se no <https://calvinigital.tabelionato.com.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

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

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

Data do cadastramento: 21/09/2018

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 32

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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.
médico pericial:

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:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135719300000033180395>
Número do documento: 20092412135719300000033180395

Num. 34706592 - Pág. 33



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE PATOS/PB

Processo: 08009391520198150251

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PATOS, 22 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135775800000033180396>
Número do documento: 20092412135775800000033180396

Num. 34706593 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 12:13:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412135775800000033180396>
Número do documento: 20092412135775800000033180396

Num. 34706593 - Pág. 2