



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
34706590	24/09/2020 12:13	Petição	Petição
34706592	24/09/2020 12:13	2601944_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
34706593	24/09/2020 12:13	2601944_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

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

Nº Sinistro: **3180367339**

Vítima: **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

Pag. 00487/00488 - carta_01 - INVALIDEZ



00030244



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

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

Nº Sinistro: **3180367339**
Vítima: **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

Pag. 00987/00988 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13265371



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

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

Sinistro: **3180367339**
Vítima: **SILVANO DA CONCEICAO ALVES**
Data do Acidente: **06/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

Assunto: 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

Pag. 00207/00208 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13434574





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

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Silvano da Conceição Alves</u>		CPF titular da conta	<u>043.083.034-35</u>	Profissão	<u>Sapateiro</u>	
Endereço	<u>Rua Manoel Gomes de Lima</u>		Número	<u>140</u>	Complemento	<u>Casa</u>	
Bairro	<u>Santo Antonio</u>	Cidade	<u>Patos</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58700-430</u>
Email	<u>emmanuela@hotmail.com.br</u>					Telefone (DDD)	<u>(83) 3421-8003</u> <u>(83) 9 9630-1658</u> <u>(83) 9 9655-9484</u> <u>(87) 9 9999-9976</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NÚM. 9982 D/V 1 CONTA NÚM. 17347 D/V 1
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NÚM.

(Informar dígito se existir)

NÚM.

CONTA

NÚM.

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

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

X Silvano da Conceição Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

AG. JOÃO PESSOA
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

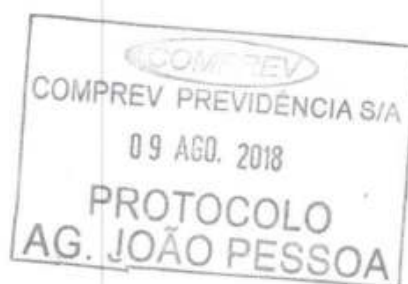


CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO |
24/07/2018

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





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 Anália 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.

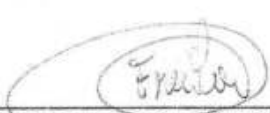
Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

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 POLÍCIA AD-HOC
Mat.: 135.699-2




3º OFÍCIO DE NOTAS
FONE: (83) 3421-3438
FAX: (83) 3421-0630

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 01/08/2018 11:39:57
MANUELA SOUZA DE ANDRADE XAVIER - Escriturária
[2018-012493] EMUL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: A4676285-RZK3
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 interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Silvano da Conceição Alves CPF da Vítima 043.083.034-35 Data do Acidente 15/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CÓMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 Ago. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Silvano da Conceição Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.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



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

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

Classe/Subcl: RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFASICO B230 Km25- Cidelo Reston - João Pessoa/PB- CEP 58071-680
Roteiro: 2 - 118 - 50 - 5620 Nº medidor: 0000668920

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.938.165/2001-40 Ins. Est. 16.016.903-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 000.000.000
Cod. para 2da. Autenticação: 00000217000

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/21700-0

Canal de contato

- Furtos de energia são a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica a quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento e a segurança de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.

- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor do dengue, Zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
02/02/18	2535	07/03/18	2632		98	55
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)
Tributos Totais (R\$): ICMS (R\$) 0,00; IPTU (R\$) 0,00; PIS (R\$) 0,00; COFINS (R\$) 0,00						
0801	Consumo em kWh	94,000	0,894840	84,12	13,22	97,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			9,52	0,00	9,52
0804	JUROS DE MORA 01/2018			6,94	0,00	6,94
0805	MULTA 01/2018			1,21	0,00	1,21
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,30	0,00	0,30

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 78,98 88,29 16,32 95,29 0,44 2,02

Média últimos meses (kWh) 98

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

Histórico de Consumo (kWh)

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

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

Indicadores de Qualidade 1/2018 - 3dets			Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL 4,78	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia/PB	17,80	23,13
DIC. TRANSFORM. 14,58	0,00	CONTRA TENSÃO 220	Consumo de Energia	21,64	28,12
DIC. CABLE 23,45	0,00		Serviços de Manutenção	2,72	3,57
DIC. MENSAL 1,0000	0,00		Impostos Federais	4,93	6,41
DIC. TRANSFORM. 1,0000	0,00		Impostos Estaduais e Municipais	33,48	43,57
DIC. CABLE 1,0000	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
DIC. MENSAL 1,0000	0,00		Total	76,96	100,00

ATENÇÃO

- PRAZO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(n) em atraso as faturas acima mencionadas.

- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso e menos de 10 dias, desconside esta mensagem.

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

Faturas em atraso
Fev/18 74,70

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

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

83660000000-8 76960054000-9 00217002018-0 03400118019-8



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





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 113

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20180728928857

ESCRITÓRIO PATOS

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02892885.7

MATRÍCULA

02892885.7

CLIENTE

DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO

CPF/CNPJ:

041.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

19/07/2018

INSCRIÇÃO

075.005.420.0056.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

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

FATURA

07/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

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

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

LEITURA

ANTERIOR ATUAL

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

CONSUMO

(M³) DIAS

14 29 0,49
N°Hm: Y13N713469

CONSUMO/DIA

(M³)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

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

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

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

JUROS DE MORA 03/2018 02/2018

10 M3

37,91

4 M3

19,56

1,64

2,14

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 8,32

TOTAL R\$

61,25

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

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 16/07/2018



CAGEPA

MATRÍCULA

02892885.7

INSCRIÇÃO

075.005.420.0056.000

FATURA

07/2018

NÃO RECEBER APÓS

31/07/2019

VENCIMENTO

19/07/2018

VALOR R\$

61,25

GRUPO: 525

FIRMA: 2

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

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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. 10

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 COAF**².

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 Invalides 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



DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luana de Melo Alves Gomes,
RG nº 4.195.771, data de expedição 07/10/2013
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 123.379.904-51 com
domicílio na cidade de Patos, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Padre Anchieta - Santo Antônio, nº 196,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Silvano da Conceição Alves, cujo o condutor era
Silvano da Conceição Alves

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

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

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

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO

Rua Eduardo Pinheiro, 114 - Centro
CEP 58100-000 - Patos - Paraíba
Tel.: (33) 3271-0179
Fax: (33) 3271-0179

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de.....
LUANA DE MELO ALVES GOMES.....
Em test.da verdade. Patos-PB 16/04/2018 15:13:52
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
C2018-007276JEMD-R\$ 19,48 FARPEN-R\$ 0,28 FEPJ-R\$ 1,90 ISS-R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AG145483-71M5
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermeira	Leito	Nº Prontuário
Nome: <u>SILVANO M. LANCINI ALVES</u>		Idade: <u>46</u>	Sexo: <u>M</u>	Cot.: <u>Br</u>	
Pressão Arterial: <u>120/80</u>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Tip. Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia
Outros		Urina			
Pul. Respiratório		Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Geral	Ataxia	Condições	Alergia	Hipotensão	
Diagnóstico Pré-Operatório	Estado Físico		Risco		
Anestesia Anteriores					
Medi.	de Anestésica	Aplicação	Efeito		
Agente Anestésico	INDUÇÃO				
Líquido	Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Tosses <input type="checkbox"/>				
	Laringo Espasmo <input type="checkbox"/> Lentos <input type="checkbox"/>				
	Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>				
	Outros <input type="checkbox"/>				
PULSO - RESPIRAÇÃO - ANESTESIA - OPERAÇÃO	MANUTENÇÃO				
	Anestesia Satisf. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Não, porque? <input type="checkbox"/>				
	DESPERTAR				
Simbólos e Anotações	Reflexos na SO <input checked="" type="checkbox"/>				
	Obstr. CO2 <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/>				
	Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>				
	Outros <input type="checkbox"/>				
Posição	Com cânula para o leito sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>				
Agentes	CONDIÇÕES				
Técnica	Cânula				
Operação					
Grupos					
Anestesiata					
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

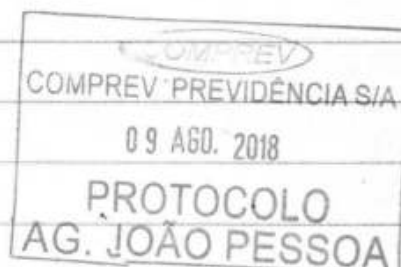
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Silvano do Conceição		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
11-12-17			
Cirurgião	Dr. Ironn		1º Auxiliar
Anestesiista	Dr. Renê		Dr. Diego
Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório			
fx olecrano @			
Tipo de Cirurgia			
ortopedico olecrano @			
Diagnóstico Pós Operatório			
II			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			




DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
Pct em DOR @ Anestesia gen.
Anestesia e anti-dor
colocação de gesso
Tratamento post. com gesso, drenagem por
plano; localizando fratura.
Redução e fixação com banda de ferro.
Limpando, lavando por plano;
curativo
TAA ap; Ar condado anestesia

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 12212



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE: <u>João da Fonseca Alves</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
RT: <u>90</u>	LETO: <u>05</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>46</u>	REINTEIRO: <u>104293</u>	
CIRURGIA: <u>Procuração de aparelho</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Valesi Jairo</u>			
ANESTESIA: <u>geral</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Rami</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>Carla</u>		DATA: <u>22/12/17</u>	INÍCIO: <u>15:39</u>	FM:	

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Soro F.O. 1.
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desec.
	Atad. de Crepom 10cm		Atadura de Crepom 10cm
	Atad. de Crepom 20cm		Atadura de Crepom 20cm
	Atad. Gessada 10cm		Atadura Gessada 10cm
	Quelecin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparrapado
	Etodimide	X	Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Naropin	X	Algodão Ortopédico
	Forane	X	Car. Visculzo
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
M	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 5 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Car. Fw Khishnora 20		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Car. Fw 19		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Car. Dexametasona		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Car. Pausilaton		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 6 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 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		Protens 2-0 c/ agulha
	Protens 0 c/ agulha		<u>7 Nylon 2 c/ agulha</u>

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



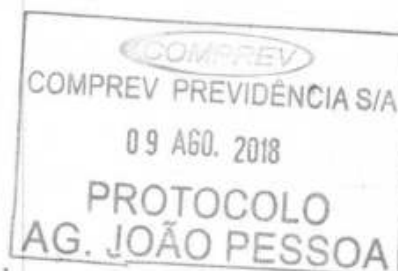


GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Silvano da Conceição Alves</u>	
DA CLÍNICA <u>Cirurgia (Oncoedica)</u> A CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	ENFERMARIA <u>92</u> LEITO <u>05</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO) <u>Risco Cirúrgico</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Pacientes sem queixas Cardiológicas.</u> <u>Nega Comorbidades. Refere Alergia a penicilina</u> <u>PA: 130/80mmHg ACV: BEN em UT, SS. FC: 90bpm</u> <u>ECG: Normal</u> <u>Risco Cirúrgico: Baixo Risco</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



Klauber M. de França
Cardiologista Geriatria
CRM 12345

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





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

Paciente: SILVANO DA CONCEIÇÃO ALVES 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
Hemoglobina: 13,4 g%
Hematócrito: 40,0 %
V.C.M.: 91,0 u3
H.C.M.: 30,0 pg
C.H.C.M.: 34,0 %
R.D.W.: 0,0 %

Masculino >13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm³
Feminino >13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm³
13.5 - 18.0 g%
11.5 - 15.0 g%
40 - 54 %
37 - 47 %
80 - 98 u3
60 - 98 u3
25 - 35 pg
25 - 35 pg
31 - 36 %
31 - 36 %
11.5 a 14.5 %
11.5 a 14.5 %

Observação Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais 6.300

Maiores de 13 anos
4.000 a 10.000 /mm³

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

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado 159.000

Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO

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





LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, MICROBIOLÓGICAS E CITOPATOLÓGICAS

UNIDADE I - SEDE FOTOS-PS
CNPJ 14.712.000/01
Rua Senador Pinheiro, 500
Centro - Tel.: (81) 3433-0100

UNIDADE II - JERICÓ-PB
Rua Senador Pinheiro, 500
Centro - Tel.: (81) 3433-0100

UNIDADE III - COREMAS-PB
Rua 4 de Abril, 30
Centro - Tel.: (81) 3433-0100

UNIDADE IV - SÃO BENTO-PE
Av. José Maria Ribeiro, 500
Centro - Tel.: (81) 3433-0100

UNIDADE V - SÃO PAULO-PE
Rua Manoel Lacerda, 500
Centro - Tel.: (81) 3433-0100

UNIDADE VI - SERRA NEGRA DO NORTE-RN
Rua Odebrecht, 500
Centro - Tel.: (84) 3500-1400

UNIDADE VII - BELÉM DO RIO DO LESTE-PE
Rua Manoel Lacerda, 500
Centro - Tel.: (81) 3433-0100



Paciente: SILVANO DA CONCEICAO ALVES

Médico Requisitante:

Exame Solicitado: Coagulograma Completo

Idade: 46 Anos

Data: 09/12/2017

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue

Tempo de Sangria.:

Resultado: 1 min. e 00 seg.

Valores de Referência: De 1 a 3 minutos

Tempo de Coagulação.:

Resultado: 6 min. e 15 seg.

Valores de Referência: De 4 a 8 minutos

Contagem de Plaquetas:

Resultado: 158.000 mm³

Valores de Referência: 150.000 a 450.000 mm³

TEMPO DE PROTROMBINA.:

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

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

- I.N.R.1,20

- ATIVIDADE ENZIMÁTICA72 %.

Valor Referencial em paciente normal : 70 a 100 %

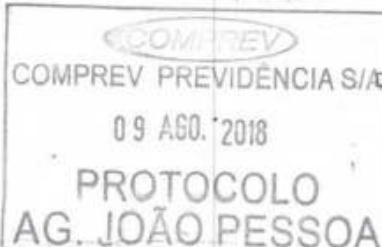
- Recomendação dos limites terapêuticos da anticoagulação oral definidos pelo I.N.R. :

- Situação clínica : I.N.R.

- Profilaxia de Trombose venosa e embolia 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



(Atendimento aos sábados até às 17:00h; Domingos e Feriados até a meia-dia.)

www.microlabpatos.com.br

Flávia Damascena
Dra. Flávia Damascena
CRF 2731/PB

Dra. FLÁVIA DAMASCENA

Dra. JANAINA FREITAS

CRF 2731/PB - FARMACÊUTICA, BIOQUÍMICA E CITOPATOLOGISTA - Especialização em Citopatologia Mamária e do Trato Genital

CRF 2113/PB - FARMACÊUTICA, BIOQUÍMICA - Especialização em Laboratório Clínico-Hospitalar pela USP

09/12/2017 11:47



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



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

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

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

GLICEMIA DE JEJUM

Amostra: Soro
Método: Enzimático / Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 80 mg/dl

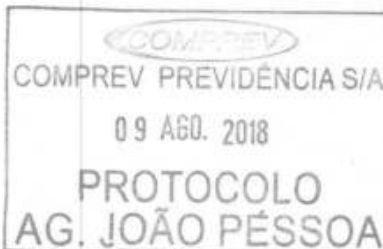
Valores de Referência:

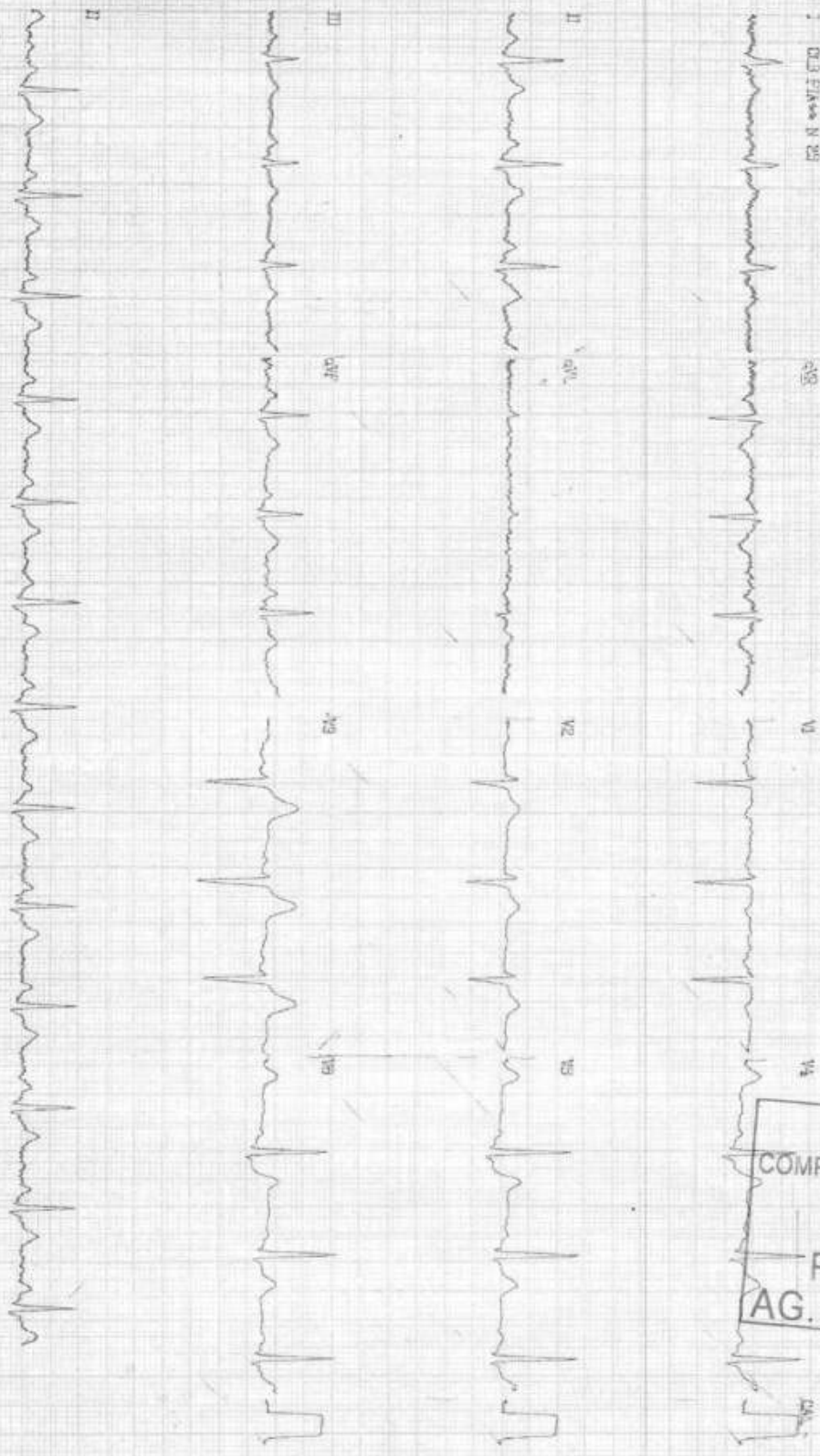
0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dL

70,0 a 99,0 mg/dL

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


Dr. Waldir Soares Ferreira
Oculista - Médico da Unidade Especial de Oftalmologia
CRM: 2205 (CRM-PA: 1854)





COM REV
CÔMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





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



LAUDO ORTOPEDICO

Atendi SILVANO DA

CONCEIÇÃO ALVES, fme

re avaliação de 06.12.12

(Setor de Diagnóstico de

Doença e Trauma)

queles as cam de saúde

Fratura do crânio

Fratura do fêmur

Fratura da tíbia

e costela

Silviano Guy-W. Araújo
CRM 1386-0/GO 223746
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CNS 206730107710005

fls. 06-12.18

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



DECLARAÇÃO

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

Patos - PB, 13/12/2017

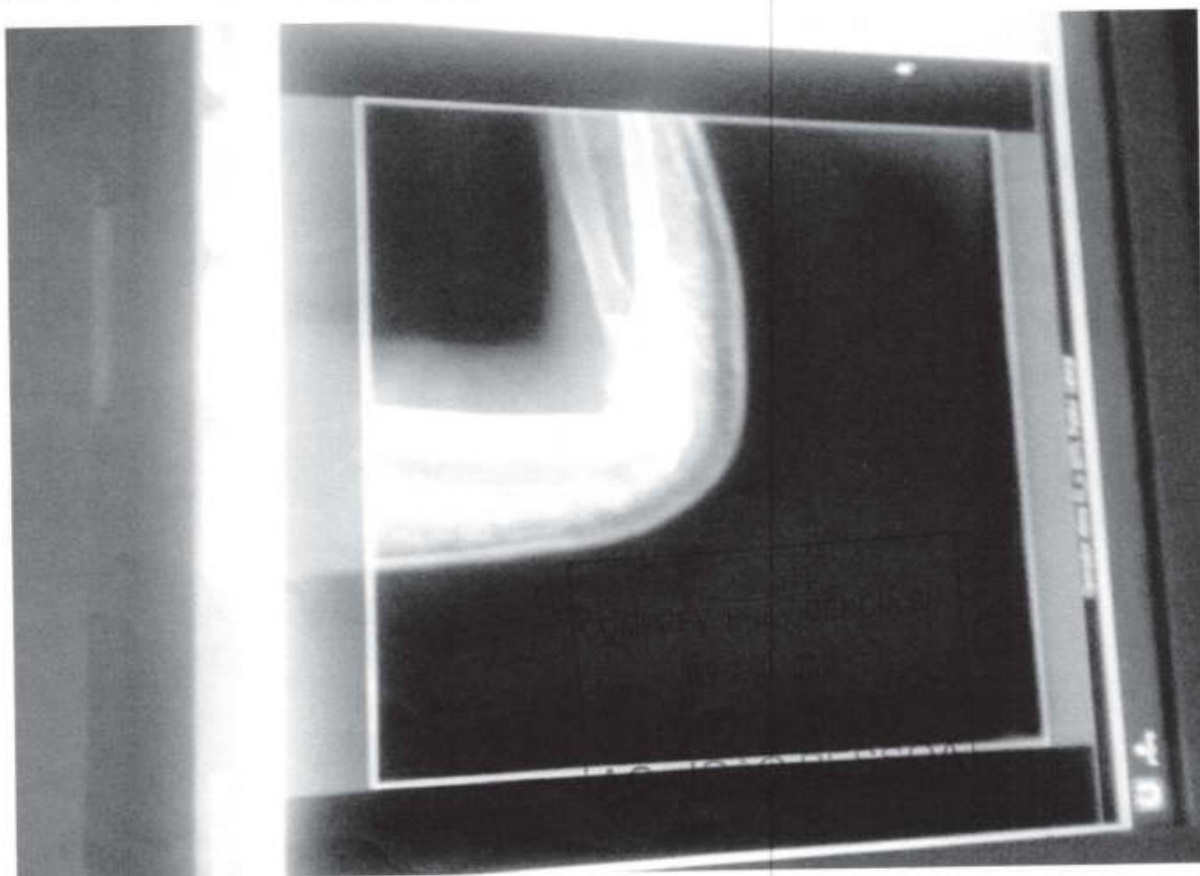
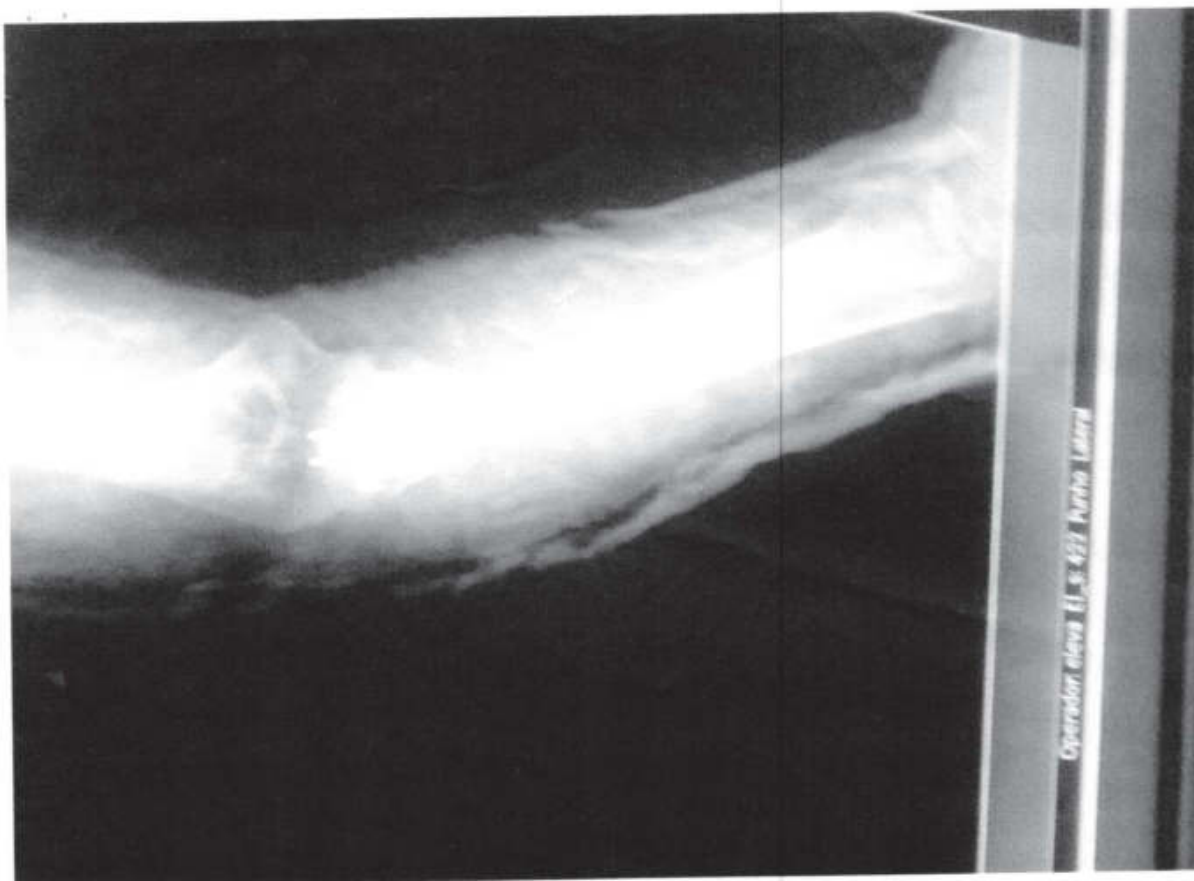


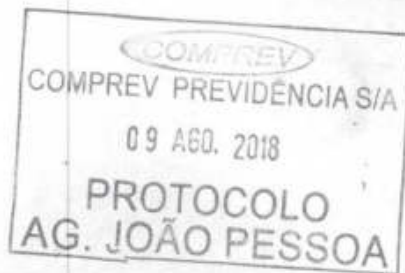
Jeanécia Brenick Ramos Fernandes
ASSISTENTE SOCIAL
CRESP: 1259 - CPF 452.808.354-04

Serviço Social

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







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013747601161

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 0107357814-0 00/00000000 2017

LUANA DE MELO ALVES GOMES

12337990451

NOVO PB 9C2JB0100GR039331

PAS/NOTOCICLE/NRO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 1101

2 E/109 /CI PARTIC VERMELHA

00/00/0000

0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 11/09/2017

SEGURO P A G O

SEM RESERVA DE DOMINIO

PATOS-PB

09/10/2017



PB Nº 013747601161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

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

1 12337990451

01073578140

2015 9

HONDA/POP 1101

9C2JB0100GR039331

PREMIO TARIFARIO

SEGURO

11/09/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

16501-1411384-20171009

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - 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 OSTEOSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA POR 3 MESES. EDEMA DE COTOVELO DIREITO (++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE 80 GRAUS. NÃO APRESENTA ATROFIAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

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

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

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

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

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

Silvano da Conceição Alves

Patos-PB, 24 / Julho / 2018

Local e data

Silvano da Conceição Alves

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
RUA JOVANA MEDEIROS DE LUCENA, 100 - PATOS - PB
FONE: (31) 3421-2735 FAX: (31) 3421-4020

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: SILVANO DA CONCEIÇÃO ALVES
Em test. da verdade, Patos-PB 24/07/2018 09:15:50
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
(2018-015641)EMOL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 2,90 ISS:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: AHG11299-FRZ5
Confirma a autenticidade em: <http://calvfinal.tinh.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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANO DA CONCEICAO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU

CPF: 029.848.084-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

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

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

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª 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



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