

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Nº Sinistro: **3180303152**

Vitima: **ALEX CARVALHO SANTOS**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180303152**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13072546



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ALEX CARVALHO SANTOS  
Nº Sinistro: 3180303152  
Vitima: ALEX CARVALHO SANTOS  
Data do Acidente: 04/03/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180303152**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ALEX CARVALHO SANTOS

Sinistro: 3180303152

Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS

Data do Acidente: 04/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180303152** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180303152**  
Nome do(a) Examinado(a): **ALEX CARVALHO SANTOS**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS nº 35 - CENTRO - ARACAGI/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 468243495 - SSP**  
Data e local do acidente: **04/03/2018 ARACAGI/PB**  
Data e local do exame: **22/08/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA, SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 06 CM NA FACE VENTRAL DO PUNHO DIREITO. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO PUNHO DIREITO**

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM

☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **PUNHO DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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 <b>377.875848-90</b>	Nome completo da vítima <b>Alex Carvalho Santos</b>
---------------------------	---------------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Alex Carvalho Santos</b>		CPF titular da conta <b>377.875 848-90</b>	Profissão <b>Recebeu-se</b>
Endereço <b>R. N. S. das Graças</b>		Número <b>35</b>	Complemento <b>carra</b>
Bairro <b>Centro</b>	Cidade <b>Macapá</b>	Estado <b>Brasília</b>	CEP <b>582 70000</b>
Email		Telefone (DDD) <b>85199420-7918</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

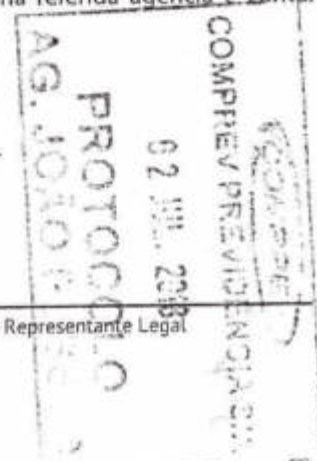
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>							
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <b>0042</b> D/V <input type="checkbox"/>		<b>CONTA</b> NRO. <b>061247</b> D/V <b>3</b>		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>		<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

**Macapá PB, 25 de Junho de 2018**  
Local e Data

**Alex Carvalho Santos**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**Alex Carvalho Santos**  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 26/06/2018

>> CONTA SEM MOVIMENTACAO NESTA DATA

|NOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 0042 - GUARABIRA

OPER: 013

CONTA:

61.247-3

NOME: ALEX C SANTOS

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.:

0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL:

0,00

BLOQUEADO:

000

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. H4A21539  
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE ARAÇAGI/PB  
Rua Felipe Rodrigues nº 10, centro Araçagi/PB, Fone (83) 3274.1331-98123.7705.

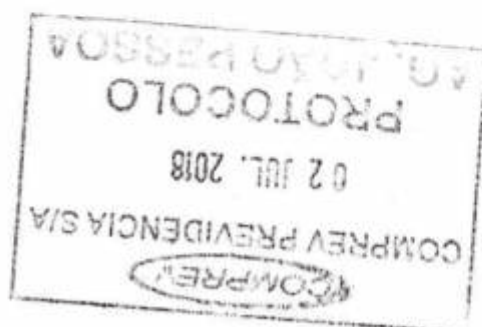


CERTIDÃO

**CERTIFICO** que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº **001/2018** desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas **097** registro de nº **097/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos seis dias mês de Abril de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Araçagi/PB, na Delegacia de Polícia, presente, o DEL. POL **IVANILDO MORAES DE MEDEIROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, aí, por volta das 11:57 horas, compareceu: o (a) Sr<sup>(a)</sup> **ALEX CARVALHO SANTOS**, solteiro, nascido em 22/11/1989, Natural de Guarabira/PB, comerciante, **RG: 468243495 SSP/PB, Alfabetizado**, Filiação VANEIDE CARVALHO DOS SANTOS E DE CARLOS ANTONIO CARLOS DOS SANTOS, empresário, Endereço à Rua NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, nº 35, Bairro BELA VISTA, ARAÇAGI/PB. Fez o seguinte registro: Que no dia 04/03/2018, se acidentou em sua motocicleta, PLACA QFA-8287, ano 2014, modelo 2014, cor preta, HONDA FAN, CHASSI 9C2JC4110ER802813, no momento em que estava saindo do seu comércio, ao perder o controle da motocicleta foi a solo; Que quebrou o pulso da mão direito no acidente; Que foi atendido no Pronto Socorro de Fratura de Guarabira; Que foi socorrido por populares; Que a motocicleta é de propriedade do queixoso. O referido é verdade, dou fé.

Araçagi/PB, 06 de Abril de 2018.

Noticiante:

  
Escrivão de Polícia

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 <u>Alex Carvalho Santos</u>	CPF da Vítima <u>377.875.848-90</u>	Data do Acidente <u>04/03/2018</u>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
	<u>83 99420-7918</u>

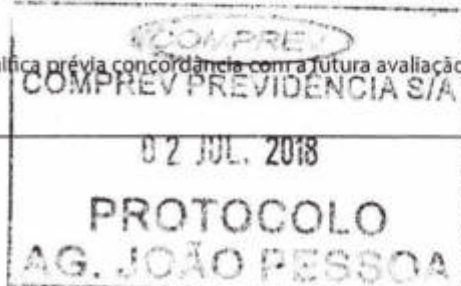
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



Assinatura do B, 25 de Junho de 2018  
Local e Data

Alex Carvalho Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

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

Fone: (83) 3271 1156

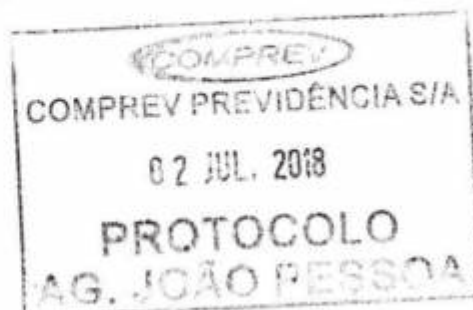
Fax: (83) 3271 4032

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, ALEX CARVALHO SANTOS, brasileiro, residente e domiciliado à rua Nossa Senhora das Graças Nº 46, centro, Araçagi-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda – CNPJ: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 04/03/2018, tendo como diagnóstico de Fratura exposta do Rádio distal direito CID 10 S52.5, submetido a tratamento cirúrgico no dia 05/03/2018, com quadro clínico exame realizado raios x do punho direito e imobilização tipo tala gessada membro superior, colocado material de síntese, 01 (um) Placa em T e 03 (três) Parafusos Corticais, 02 (dois) Fios Kirshned, com alta hospitalar no dia 06/03/2018. Conforme consta na ficha ambulatorial Nº 350.955/2018 e prontuário Nº 049/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 13 de Março de 2018.

*Dr. Temístocles de Almeida Ribeiro Filho*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7618



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX CARVALHO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000061247-3

---

Nr. da Autenticação 50131E6AD42974F5

FRANCISCO JOSE DOS SANTOS  
RUA DAS GRACIAS, 25 - CENTRO  
ARACAGI/ PB CEP: 56270000 (AG. 22)

Emissão: 11/04/2018 Referência: Abr/ 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO - 220V, Km 25 - C.oto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-400  
Rotômetro: 5-27-255-6100 Nº medidor: 003/0488793

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. N° 015-523-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004 797 456  
Cód. para Deb. Automático: 00000033028

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2018	11/04/2018	11/05/2018	62388010420

UC (Unidade Consumidora): 5/593352-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto no Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração constitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.  
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002.  
Viu um fio cado no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolá-lo e corrigi-lo.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/02/18	17397	11/04/18	17497	1	110	23

Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Ant.	Valor Base Calc. Atual	Valor Base Calc. Ant.	Valor Base Calc. Atual
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$) 10%		PIS/COFINS (R\$) 1,65%	
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,349770	7,49	7,49	2,02	7,49
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,428170	29,97	29,97	8,09	29,97
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10,000	0,842250	8,42	8,42	1,73	8,42
0610	Subsídio			36,29	36,29	2,80	36,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MOROSIDADE 03/2018			0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 03/2018			0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Descontos e Serviços			0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL		64,93	64,93	21,63	21,63	80,17	80,17

Média últimos meses (kWh) 112

**VENCIMENTO** 18/04/2018

**TOTAL A PAGAR** R\$ 64,93

Histórico de Consumo (kWh)

112	121	106	112	107	114	115	118	121	101	85	108
Abr/17	Mar/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18

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

Indicadores de Qualidade				2/2018 - Questões		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,91	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. da Energisa PB	11,40	17,55
DIC TRIMESTRAL	11,82			Compra de Energia	12,48	20,75
DIC ANUAL	23,64			Serviço de Transmissão	1,75	2,70
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 220	Energia Solar	3,16	4,87
FIC TRIMESTRAL	6,97			Impostos Diretos e Encargos	25,14	38,82
FIC ANUAL	13,95			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,48	0,00	LIMITE SUPERIOR 231	Total		
DICI	12,22				64,93	100,00

**ATENÇÃO** - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 24,03.

**Faturas em atraso**

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
02 JUL. 2018  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

JOSE BARBOSA DOS SANTOS  
RUA: OCAATADE, 889 - NOVO  
GUARABIRA / PB CEP: 56200000 (AQ 22)

Emissão: 14/06/2018 Referência: Jun/2018  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
Roteiro: 7 - 22 - 85 - 4040 Nº medidor: 0000884958



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.086.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº007 906 422  
Cód. para Deb. Automático: 00001664614

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	14/06/2018	16/07/2018	27893790415 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/166461-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 15/05/18	Leitura 3007	Data 14/06/18	Leitura 3007	1
				0
				30

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Impostos (R\$)	Base Calc. Fk (R\$)	Comiss (R\$)		
		Tubulos Tor (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pou (R\$)	Pou (R\$)	(1.000%)	(1.1484%)	

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0804	JUROS DE MORA 03/2018	3,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 03/2018	3,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 03/2018	2,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 03/2018	2,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	3,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	3,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

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

Média últimos meses (kWh)	263	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
		<b>21/06/2018</b>	<b>R\$ 18,45</b>

Histórico de Consumo (kWh)											
206	190	187	177	182	188	218	189	183	224	578	517
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18

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

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DMC MENSAL	9,31	0,00	MUNICIPAL 220	Serviço de Dist. de Energia PB	0,00	0,00
DMC TRIMESTRAL	11,82			Compra de Energia	0,00	0,00
DMC ANUAL	23,84		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Serviço de Transmissão	0,00	0,00
DMC MENSAL	3,48	0,00		Encargos Setoriais	0,00	0,00
DMC TRIMESTRAL	6,97			Impostos Diretos e Encargos Outros Serviços	18,45	100,00
DMC ANUAL	13,95				0,00	0,00
DMC	3,48	0,00				
DMC	12,22					
				<b>Total</b>	<b>18,45</b>	<b>100,00</b>

Valor de EUSD (Ref. 4/2018) R\$ 132,00

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
02 JUL. 2018  
PROTOCOLADO  
AG. JOAO PESSOA

## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Luciano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864334 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex Carvalho Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875-848 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Alex Carvalho Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875 848 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou-se Renda: Recusou-se e apresento os documentos comprobatórios: nenhum

☒ Recuso informar

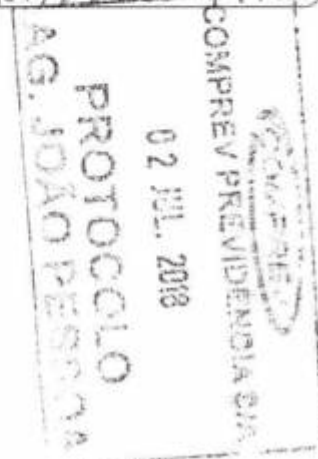
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Alameda</u>		Número <u>669</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Novo</u>	Cidade <u>Guarulhos</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>51200000</u>
Email <u>luciano.santos@luciano.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>83/99420-7918</u>

Guarulhos PB.25 de Junho de 2018  
Local e Data

Luciano Santos Oliveira  
Assinatura do Declarante



## Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: Alex Carvalho Santos	Matrícula: 350955
Idade: 22.11.89 27an	Categoria: SUS
Sexo: M	Profissão: autônomo
Est. Civil: S	Naturalidade: São Paulo
Residência: R. Visão dos Graças 46 Bairro: P3	Data: 04/03/18 R# 98587/1255
HDA: 702 7046 1931 2260	RG: 468243495

Plt Vitor de Almeida 26  
mto com dor no punho

Diag. Clínico:

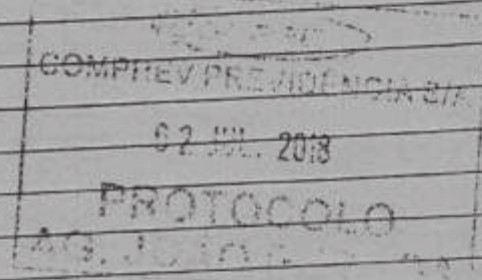
Causa: 1. 1. + 4. 2. + 1. 3. + 1. 4. 5. + 1. 6. 7. + 1. 8. 9. + 1. 10. 11. + 1. 12. 13. + 1. 14. 15. + 1. 16. 17. + 1. 18. 19. + 1. 20. 21. + 1. 22. 23. + 1. 24. 25. + 1. 26. 27. + 1. 28. 29. + 1. 30. 31. + 1. 32. 33. + 1. 34. 35. + 1. 36. 37. + 1. 38. 39. + 1. 40. 41. + 1. 42. 43. + 1. 44. 45. + 1. 46. 47. + 1. 48. 49. + 1. 50. 51. + 1. 52. 53. + 1. 54. 55. + 1. 56. 57. + 1. 58. 59. + 1. 60. 61. + 1. 62. 63. + 1. 64. 65. + 1. 66. 67. + 1. 68. 69. + 1. 70. 71. + 1. 72. 73. + 1. 74. 75. + 1. 76. 77. + 1. 78. 79. + 1. 80. 81. + 1. 82. 83. + 1. 84. 85. + 1. 86. 87. + 1. 88. 89. + 1. 90. 91. + 1. 92. 93. + 1. 94. 95. + 1. 96. 97. + 1. 98. 99. + 1. 100. 101. + 1. 102. 103. + 1. 104. 105. + 1. 106. 107. + 1. 108. 109. + 1. 110. 111. + 1. 112. 113. + 1. 114. 115. + 1. 116. 117. + 1. 118. 119. + 1. 120. 121. + 1. 122. 123. + 1. 124. 125. + 1. 126. 127. + 1. 128. 129. + 1. 130. 131. + 1. 132. 133. + 1. 134. 135. + 1. 136. 137. + 1. 138. 139. + 1. 140. 141. + 1. 142. 143. + 1. 144. 145. + 1. 146. 147. + 1. 148. 149. + 1. 150. 151. + 1. 152. 153. + 1. 154. 155. + 1. 156. 157. + 1. 158. 159. + 1. 160. 161. + 1. 162. 163. + 1. 164. 165. + 1. 166. 167. + 1. 168. 169. + 1. 170. 171. + 1. 172. 173. + 1. 174. 175. + 1. 176. 177. + 1. 178. 179. + 1. 180. 181. + 1. 182. 183. + 1. 184. 185. + 1. 186. 187. + 1. 188. 189. + 1. 190. 191. + 1. 192. 193. + 1. 194. 195. + 1. 196. 197. + 1. 198. 199. + 1. 200. 201. + 1. 202. 203. + 1. 204. 205. + 1. 206. 207. + 1. 208. 209. + 1. 210. 211. + 1. 212. 213. + 1. 214. 215. + 1. 216. 217. + 1. 218. 219. + 1. 220. 221. + 1. 222. 223. + 1. 224. 225. + 1. 226. 227. + 1. 228. 229. + 1. 230. 231. + 1. 232. 233. + 1. 234. 235. + 1. 236. 237. + 1. 238. 239. + 1. 240. 241. + 1. 242. 243. + 1. 244. 245. + 1. 246. 247. + 1. 248. 249. + 1. 250. 251. + 1. 252. 253. + 1. 254. 255. + 1. 256. 257. + 1. 258. 259. + 1. 260. 261. + 1. 262. 263. + 1. 264. 265. + 1. 266. 267. + 1. 268. 269. + 1. 270. 271. + 1. 272. 273. + 1. 274. 275. + 1. 276. 277. + 1. 278. 279. + 1. 280. 281. + 1. 282. 283. + 1. 284. 285. + 1. 286. 287. + 1. 288. 289. + 1. 290. 291. + 1. 292. 293. + 1. 294. 295. + 1. 296. 297. + 1. 298. 299. + 1. 300. 301. + 1. 302. 303. + 1. 304. 305. + 1. 306. 307. + 1. 308. 309. + 1. 310. 311. + 1. 312. 313. + 1. 314. 315. + 1. 316. 317. + 1. 318. 319. + 1. 320. 321. + 1. 322. 323. + 1. 324. 325. + 1. 326. 327. + 1. 328. 329. + 1. 330. 331. + 1. 332. 333. + 1. 334. 335. + 1. 336. 337. + 1. 338. 339. + 1. 340. 341. + 1. 342. 343. + 1. 344. 345. + 1. 346. 347. + 1. 348. 349. + 1. 350. 351. + 1. 352. 353. + 1. 354. 355. + 1. 356. 357. + 1. 358. 359. + 1. 360. 361. + 1. 362. 363. + 1. 364. 365. + 1. 366. 367. + 1. 368. 369. + 1. 370. 371. + 1. 372. 373. + 1. 374. 375. + 1. 376. 377. + 1. 378. 379. + 1. 380. 381. + 1. 382. 383. + 1. 384. 385. + 1. 386. 387. + 1. 388. 389. + 1. 390. 391. + 1. 392. 393. + 1. 394. 395. + 1. 396. 397. + 1. 398. 399. + 1. 400. 401. + 1. 402. 403. + 1. 404. 405. + 1. 406. 407. + 1. 408. 409. + 1. 410. 411. + 1. 412. 413. + 1. 414. 415. + 1. 416. 417. + 1. 418. 419. + 1. 420. 421. + 1. 422. 423. + 1. 424. 425. + 1. 426. 427. + 1. 428. 429. + 1. 430. 431. + 1. 432. 433. + 1. 434. 435. + 1. 436. 437. + 1. 438. 439. + 1. 440. 441. + 1. 442. 443. + 1. 444. 445. + 1. 446. 447. + 1. 448. 449. + 1. 450. 451. + 1. 452. 453. + 1. 454. 455. + 1. 456. 457. + 1. 458. 459. + 1. 460. 461. + 1. 462. 463. + 1. 464. 465. + 1. 466. 467. + 1. 468. 469. + 1. 470. 471. + 1. 472. 473. + 1. 474. 475. + 1. 476. 477. + 1. 478. 479. + 1. 480. 481. + 1. 482. 483. + 1. 484. 485. + 1. 486. 487. + 1. 488. 489. + 1. 490. 491. + 1. 492. 493. + 1. 494. 495. + 1. 496. 497. + 1. 498. 499. + 1. 500. 501. + 1. 502. 503. + 1. 504. 505. + 1. 506. 507. + 1. 508. 509. + 1. 510. 511. + 1. 512. 513. + 1. 514. 515. + 1. 516. 517. + 1. 518. 519. + 1. 520. 521. + 1. 522. 523. + 1. 524. 525. + 1. 526. 527. + 1. 528. 529. + 1. 530. 531. + 1. 532. 533. + 1. 534. 535. + 1. 536. 537. + 1. 538. 539. + 1. 540. 541. + 1. 542. 543. + 1. 544. 545. + 1. 546. 547. + 1. 548. 549. + 1. 550. 551. + 1. 552. 553. + 1. 554. 555. + 1. 556. 557. + 1. 558. 559. + 1. 560. 561. + 1. 562. 563. + 1. 564. 565. + 1. 566. 567. + 1. 568. 569. + 1. 570. 571. + 1. 572. 573. + 1. 574. 575. + 1. 576. 577. + 1. 578. 579. + 1. 580. 581. + 1. 582. 583. + 1. 584. 585. + 1. 586. 587. + 1. 588. 589. + 1. 590. 591. + 1. 592. 593. + 1. 594. 595. + 1. 596. 597. + 1. 598. 599. + 1. 600. 601. + 1. 602. 603. + 1. 604. 605. + 1. 606. 607. + 1. 608. 609. + 1. 610. 611. + 1. 612. 613. + 1. 614. 615. + 1. 616. 617. + 1. 618. 619. + 1. 620. 621. + 1. 622. 623. + 1. 624. 625. + 1. 626. 627. + 1. 628. 629. + 1. 630. 631. + 1. 632. 633. + 1. 634. 635. + 1. 636. 637. + 1. 638. 639. + 1. 640. 641. + 1. 642. 643. + 1. 644. 645. + 1. 646. 647. + 1. 648. 649. + 1. 650. 651. + 1. 652. 653. + 1. 654. 655. + 1. 656. 657. + 1. 658. 659. + 1. 660. 661. + 1. 662. 663. + 1. 664. 665. + 1. 666. 667. + 1. 668. 669. + 1. 670. 671. + 1. 672. 673. + 1. 674. 675. + 1. 676. 677. + 1. 678. 679. + 1. 680. 681. + 1. 682. 683. + 1. 684. 685. + 1. 686. 687. + 1. 688. 689. + 1. 690. 691. + 1. 692. 693. + 1. 694. 695. + 1. 696. 697. + 1. 698. 699. + 1. 700. 701. + 1. 702. 703. + 1. 704. 705. + 1. 706. 707. + 1. 708. 709. + 1. 710. 711. + 1. 712. 713. + 1. 714. 715. + 1. 716. 717. + 1. 718. 719. + 1. 720. 721. + 1. 722. 723. + 1. 724. 725. + 1. 726. 727. + 1. 728. 729. + 1. 730. 731. + 1. 732. 733. + 1. 734. 735. + 1. 736. 737. + 1. 738. 739. + 1. 740. 741. + 1. 742. 743. + 1. 744. 745. + 1. 746. 747. + 1. 748. 749. + 1. 750. 751. + 1. 752. 753. + 1. 754. 755. + 1. 756. 757. + 1. 758. 759. + 1. 760. 761. + 1. 762. 763. + 1. 764. 765. + 1. 766. 767. + 1. 768. 769. + 1. 770. 771. + 1. 772. 773. + 1. 774. 775. + 1. 776. 777. + 1. 778. 779. + 1. 780. 781. + 1. 782. 783. + 1. 784. 785. + 1. 786. 787. + 1. 788. 789. + 1. 790. 791. + 1. 792. 793. + 1. 794. 795. + 1. 796. 797. + 1. 798. 799. + 1. 800. 801. + 1. 802. 803. + 1. 804. 805. + 1. 806. 807. + 1. 808. 809. + 1. 810. 811. + 1. 812. 813. + 1. 814. 815. + 1. 816. 817. + 1. 818. 819. + 1. 820. 821. + 1. 822. 823. + 1. 824. 825. + 1. 826. 827. + 1. 828. 829. + 1. 830. 831. + 1. 832. 833. + 1. 834. 835. + 1. 836. 837. + 1. 838. 839. + 1. 840. 841. + 1. 842. 843. + 1. 844. 845. + 1. 846. 847. + 1. 848. 849. + 1. 850. 851. + 1. 852. 853. + 1. 854. 855. + 1. 856. 857. + 1. 858. 859. + 1. 860. 861. + 1. 862. 863. + 1. 864. 865. + 1. 866. 867. + 1. 868. 869. + 1. 870. 871. + 1. 872. 873. + 1. 874. 875. + 1. 876. 877. + 1. 878. 879. + 1. 880. 881. + 1. 882. 883. + 1. 884. 885. + 1. 886. 887. + 1. 888. 889. + 1. 890. 891. + 1. 892. 893. + 1. 894. 895. + 1. 896. 897. + 1. 898. 899. + 1. 900. 901. + 1. 902. 903. + 1. 904. 905. + 1. 906. 907. + 1. 908. 909. + 1. 910. 911. + 1. 912. 913. + 1. 914. 915. + 1. 916. 917. + 1. 918. 919. + 1. 920. 921. + 1. 922. 923. + 1. 924. 925. + 1. 926. 927. + 1. 928. 929. + 1. 930. 931. + 1. 932. 933. + 1. 934. 935. + 1. 936. 937. + 1. 938. 939. + 1. 940. 941. + 1. 942. 943. + 1. 944. 945. + 1. 946. 947. + 1. 948. 949. + 1. 950. 951. + 1. 952. 953. + 1. 954. 955. + 1. 956. 957. + 1. 958. 959. + 1. 960. 961. + 1. 962. 963. + 1. 964. 965. + 1. 966. 967. + 1. 968. 969. + 1. 970. 971. + 1. 972. 973. + 1. 974. 975. + 1. 976. 977. + 1. 978. 979. + 1. 980. 981. + 1. 982. 983. + 1. 984. 985. + 1. 986. 987. + 1. 988. 989. + 1. 990. 991. + 1. 992. 993. + 1. 994. 995. + 1. 996. 997. + 1. 998. 999. + 1. 1000. 1001. + 1. 1002. 1003. + 1. 1004. 1005. + 1. 1006. 1007. + 1. 1008. 1009. + 1. 1010. 1011. + 1. 1012. 1013. + 1. 1014. 1015. + 1. 1016. 1017. + 1. 1018. 1019. + 1. 1020. 1021. + 1. 1022. 1023. + 1. 1024. 1025. + 1. 1026. 1027. + 1. 1028. 1029. + 1. 1030. 1031. + 1. 1032. 1033. + 1. 1034. 1035. + 1. 1036. 1037. + 1. 1038. 1039. + 1. 1040. 1041. + 1. 1042. 1043. + 1. 1044. 1045. + 1. 1046. 1047. + 1. 1048. 1049. + 1. 1050. 1051. + 1. 1052. 1053. + 1. 1054. 1055. + 1. 1056. 1057. + 1. 1058. 1059. + 1. 1060. 1061. + 1. 1062. 1063. + 1. 1064. 1065. + 1. 1066. 1067. + 1. 1068. 1069. + 1. 1070. 1071. + 1. 1072. 1073. + 1. 1074. 1075. + 1. 1076. 1077. + 1. 1078. 1079. + 1. 1080. 1081. + 1. 1082. 1083. + 1. 1084. 1085. + 1. 1086. 1087. + 1. 1088. 1089. + 1. 1090. 1091. + 1. 1092. 1093. + 1. 1094. 1095. + 1. 1096. 1097. + 1. 1098. 1099. + 1. 1100. 1101. + 1. 1102. 1103. + 1. 1104. 1105. + 1. 1106. 1107. + 1. 1108. 1109. + 1. 1110. 1111. + 1. 1112. 1113. + 1. 1114. 1115. + 1. 1116. 1117. + 1. 1118. 1119. + 1. 1120. 1121. + 1. 1122. 1123. + 1. 1124. 1125. + 1. 1126. 1127. + 1. 1128. 1129. + 1. 1130. 1131. + 1. 1132. 1133. + 1. 1134. 1135. + 1. 1136. 1137. + 1. 1138. 1139. + 1. 1140. 1141. + 1. 1142. 1143. + 1. 1144. 1145. + 1. 1146. 1147. + 1. 1148. 1149. + 1. 1150. 1151. + 1. 1152. 1153. + 1. 1154. 1155. + 1. 1156. 1157. + 1. 1158. 1159. + 1. 1160. 1161. + 1. 1162. 1163. + 1. 1164. 1165. + 1. 1166. 1167. + 1. 1168. 1169. + 1. 1170. 1171. + 1. 1172. 1173. + 1. 1174. 1175. + 1. 1176. 1177. + 1. 1178. 1179. + 1. 1180. 1181. + 1. 1182. 1183. + 1. 1184. 1185. + 1. 1186. 1187. + 1. 1188. 1189. + 1. 1190. 1191. + 1. 1192. 1193. + 1. 1194. 1195. + 1. 1196. 1197. + 1. 1198. 1199. + 1. 1200. 1201. + 1. 1202. 1203. + 1. 1204. 1205. + 1. 1206. 1207. + 1. 1208. 1209. + 1. 1210. 1211. + 1. 1212. 1213. + 1. 1214. 1215. + 1. 1216. 1217. + 1. 1218. 1219. + 1. 1220. 1221. + 1. 1222. 1223. + 1. 1224. 1225. + 1. 1226. 1227. + 1. 1228. 1229. + 1. 1230. 1231. + 1. 1232. 1233. + 1. 1234. 1235. + 1. 1236. 1237. + 1. 1238. 1239. + 1. 1240. 1241. + 1. 1242. 1243. + 1. 1244. 1245. + 1. 1246. 1247. + 1. 1248. 1249. + 1. 1250. 1251. + 1. 1252. 1253. + 1. 1254. 1255. + 1. 1256. 1257. + 1. 1258. 1259. + 1. 1260. 1261. + 1. 1262. 1263. + 1. 1264. 1265. + 1. 1266. 1267. + 1. 1268. 1269. + 1. 1270. 1271. + 1. 1272. 1273. + 1. 1274. 1275. + 1. 1276. 1277. + 1. 1278. 1279. + 1. 1280. 1281. + 1. 1282. 1283. + 1. 1284. 1285. + 1. 1286. 1287. + 1. 1288. 1289. + 1. 1290. 1291. + 1. 1292. 1293. + 1. 1294. 1295. + 1. 1296. 1297. + 1. 1298. 1299. + 1. 1300. 1301. + 1. 1302. 1303. + 1. 1304. 1305. + 1. 1306. 1307. + 1. 1308. 1309. + 1. 1310. 1311. + 1. 1312. 1313. + 1. 1314. 1315. + 1. 1316. 1317. + 1. 1318. 1319. + 1. 1320. 1321. + 1. 1322. 1323. + 1. 1324. 1325. + 1. 1326. 1327. + 1. 1328. 1329. + 1. 1330. 1331. + 1. 1332. 1333. + 1. 1334. 1335. + 1. 1336. 1337. + 1. 1338. 1339. + 1. 1340. 1341. + 1. 1342. 1343. + 1. 1344. 1345. + 1. 1346. 1347. + 1. 1348. 1349. + 1. 1350. 1351. + 1. 1352. 1353. + 1. 1354. 1355. + 1. 1356. 1357. + 1. 1358. 1359. + 1. 1360. 1361. + 1. 1362. 1363. + 1. 1364. 1365. + 1. 1366. 1367. + 1. 1368. 1369. + 1. 1370. 1371. + 1. 1372. 1373. + 1. 1374. 1375. + 1. 1376. 1377. + 1. 1378. 1379. + 1. 1380. 1381. + 1. 1382. 1383. + 1. 1384. 1385. + 1. 1386. 1387. + 1. 1388. 1389. + 1. 1390. 1391. + 1. 1392. 1393. + 1. 1394. 1395. + 1. 1396. 1397. + 1. 1398. 1399. + 1. 1400. 1401. + 1. 1402. 1403. + 1. 1404. 1405. + 1. 1406. 1407. + 1. 1408. 1409. + 1. 1410. 1411. + 1. 1412. 1413. + 1. 1414. 1415. + 1. 1416. 1417. + 1. 1418. 1419. + 1. 1420. 1421. + 1. 1422. 1423. + 1. 1424. 1425. + 1. 1426. 1427. + 1. 1428. 1429. + 1. 1430. 1431. + 1. 1432. 1433. + 1. 1434. 1435. + 1. 1436. 1437. + 1. 1438. 1439. + 1. 1440. 1441. + 1. 1442. 1443. + 1. 1444. 1445. + 1. 1446. 1447. + 1. 1448. 1449. + 1. 1450. 1451. + 1. 1452. 1453. + 1. 1454. 1455. + 1. 1456. 1457. + 1. 1458. 1459. + 1. 1460. 1461. + 1. 1462. 1463. + 1. 1464. 1465. + 1. 1466. 1467. + 1. 1468. 1469. + 1. 1470. 1471. + 1. 1472. 1473. + 1. 1474. 1475. + 1. 1476. 1477. + 1. 1478. 1479. + 1. 1480. 1481. + 1. 1482. 1483. + 1. 1484. 1485. + 1. 1486. 1487. + 1. 1488. 1489. + 1. 1490. 1491. + 1. 1492. 1493. + 1. 1494. 1495. + 1. 1496. 1497. + 1. 1498. 1499. + 1. 1500. 1501. + 1. 1502. 1503. + 1. 1504. 1505. + 1. 1506. 1507. + 1. 1508. 1509. + 1. 1510. 1511. + 1. 1512. 1513. + 1. 1514. 1515. + 1. 1516. 1517. + 1. 1518. 1519. + 1. 1520. 1521. + 1. 1522. 1523. + 1. 1524. 1525. + 1. 1526. 1527. + 1. 1528. 1529. + 1. 1530. 1531. + 1. 1532. 1533. + 1. 1534. 1535. + 1. 1536. 1537. + 1. 1538. 1539. + 1. 1540. 1541. + 1. 1542. 1543. + 1. 1544. 1545. + 1. 1546. 1547. + 1. 1548. 1549. + 1. 1550. 1551. + 1. 1552. 1553. + 1. 1554. 1555. + 1. 1556. 1557. + 1. 1558. 1559. + 1. 1560. 1561. + 1. 1562. 1563. + 1. 1564. 1565. + 1. 1566. 1567. + 1. 1568. 1569. + 1. 1570. 1571. + 1. 1572. 1573. + 1. 1574. 1575. + 1. 1576. 1577. + 1. 1578. 1579. + 1. 1580. 1581. + 1. 1582. 1583. + 1. 1584. 1585. + 1. 1586. 1587. + 1. 1588. 1589. + 1. 1590. 1591. + 1. 1592. 1593. + 1. 1594. 1595. + 1. 1596. 1597. + 1. 1598. 1599. + 1. 1600. 1601. + 1. 1602. 1603. + 1. 1604. 1605. + 1. 1606. 1607. + 1. 1608. 1609. + 1. 1610. 1611. + 1. 1612. 1613. + 1. 1614. 1615. + 1. 1616. 1617. + 1. 1618. 1619. + 1. 1620. 1621. + 1. 1622. 1623. + 1. 1624. 1625. + 1. 1626. 1627. +

# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		H <sup>o</sup> Procedimento	
Alex Carvalho Santos			
Data da Operação	End.	Lesão	
05/03/18			
Operador	1 <sup>o</sup> Auxiliar	Instrumentação	
Dr. Teodoro	Massaro		
2 <sup>o</sup> Auxiliar	3 <sup>o</sup> Auxiliar		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Dr. Wellington	Bloco 2 <sup>o</sup> A310		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura da tíbia distal D			
Tipo de Operação			
TTO Limpeza da fratura			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Osteossíntese			
Relatório Imediato do Patologista			
N/A			
Exame Radiológico no Alto	Sim		
Exame Radiológico no Baixo	Sim		
Acidente Durante a Operação	NÃO		



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- (1) Plt com 20 N 500 e 2000
- (2) Acesso via + campo cir
- (3) Limpeza cirúrgica da fratura
- (4) Redução da fratura
- (5) Fixação com Alça e Parafusos
- (6) Sutura da pele
- (7) Curativo

Dr. Teodoro de Almeida Ribeiro Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2018 - 021.128.06-92

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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

CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Ally Carroll - do Sul Categ: 1032

Condição do Partp: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Term.: \_\_\_\_\_

Médico: [Signature] Auxiliar: \_\_\_\_\_

Anestesista: [Signature] Tipo de Anestesia: [Signature]

Tipo de Cirurgia: abdominal

Data: 05.02.11 V Observação: as ch

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples n°		Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag		Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag		Ringer Lactado
	Catgut Cromado n°		Andrenoplasma
	Catgut Cromado n°		Manitol
6	Catgut Cromado n° 2		Alloferine
5	Mononylon n° 2		Etrane
	Mononylon n°		Pentrane
	Mononylon n°		Fluotane
	Fios de algodão		Unionembutal
01	Scaipe		Marcaína
5	Equipo p/ Soro		quelicin
08	Equipo p/ Transusão		Inoval
06	Luvas p/ Pares		Ketalar
	Compressas		fentanil
	Drenos		Methergin amp.
2	Gases		Xilocaina 5%
01	Lâminas de Bisturi		Xilocaina 2%
	Esparadrapo		Atropina amp.
	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
	Povid. Degermante		Prostigmine amp
	Lacto-gim		Optacilim amp.
01	catgut cromado		
01	fio de algodão		
01	fio de algodão		
04	fio de algodão		

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO G. SILVA

Responsável

## PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

**FOLHA DE ANESTESIA**

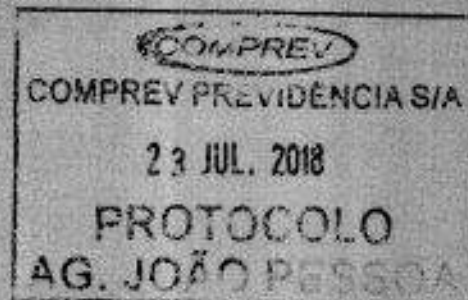
NOME										DATA																																																																																																													
ESTADO CIVIL SOL.T. <input type="checkbox"/> CAS. <input type="checkbox"/> VIU. <input type="checkbox"/> DESQ. <input type="checkbox"/>										SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>										COR BR. <input type="checkbox"/> PD. <input type="checkbox"/> PR. <input type="checkbox"/>										PROFISSÃO										IDADE																																																																															
ENDEREÇO AV. (Rua)																				BAIRRO																																																																																																			
HOSPITAL																				CATEGORIA																																																																																																			
Q.I.N.										CP										INSC										MATRÍCULA																																																																																									
DIAGNÓSTICO																																																																																																																							
OPERAÇÃO REALIZADA																																																																																																																							
CIRURGIÃO																				AUXILIAR																																																																																																			
HORA																				PRESSÃO ARTERIAL																																																																																																			
A																				PESO																				PULSO																																																																															
G																																																																																																																							
E																				TEMPERATURA																				RESPIRAÇÃO																																																																															
N																																																																																																																							
T																				ESTADO GERAL																																																																																																			
E																				B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>																																																																																																			
S																				RISCO CIRÚRGICO																																																																																																			
																				B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>																																																																																																			
CÓDIGO																				GRUPO SANGÜÍNEO																																																																																																			
Anestesia X 220																																																																																																																							
Operação g 200																				EXAMES COMPLEMENTARES																																																																																																			
Intub. T 180																																																																																																																							
Endotr. 160																																																																																																																							
Pres. V 140																																																																																																																							
Sistól pres. A 120																																																																																																																							
Distól Pulso 100																																																																																																																							
50																																																																																																																							
Resp. RA 60																																																																																																																							
Assist. Resp. RE 40																																																																																																																							
Exponl. Resp. contr. 20																																																																																																																							
PREANESTÉSICO																				HORA																																																																																																			
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/>																				RAQUIDIANA <input type="checkbox"/>																				EPIDURAL <input type="checkbox"/>																				BLOQ. DE PLEXO <input type="checkbox"/>																				BLOQ. DE NERVOS <input type="checkbox"/>																				OUTRAS <input type="checkbox"/>																			
TÉCNICA																																																																																																																							
INÍCIO										TERMINO										DURAÇÃO																																																																																																			
1										2										3										4																																																																																									
2										3										4										5																																																																																									
3										4										5										6																																																																																									
4										5										6										7																																																																																									
5										6										7										8																																																																																									
6										7										8										9																																																																																									
7										8										9										10																																																																																									
8										9										10										11																																																																																									
9										10										11										12																																																																																									
10										11										12										13																																																																																									
11										12										13										14																																																																																									
12										13										14										15																																																																																									
13										14										15										16																																																																																									
14										15										16										17																																																																																									
15										16										17										18																																																																																									
16										17										18										19																																																																																									
17										18										19										20																																																																																									
18										19										20										21																																																																																									
19										20										21										22																																																																																									
20										21										22										23																																																																																									
21										22										23										24																																																																																									
22										23										24										25																																																																																									
23										24										25										26																																																																																									
24										25										26										27																																																																																									
25										26										27										28																																																																																									
26										27										28										29																																																																																									
27										28										29										30																																																																																									
28										29										30										31																																																																																									
29										30										31										32																																																																																									
30										31										32										33																																																																																									
31										32										33										34																																																																																									
32										33										34										35																																																																																									
33										34										35										36																																																																																									
34										35										36										37																																																																																									
35										36										37										38																																																																																									
36										37										38										39																																																																																									
37										38										39										40																																																																																									
38										39										40										41																																																																																									
39										40										41										42																																																																																									
40										41										42										43																																																																																									
41										42										43										44																																																																																									
42										43										44										45																																																																																									
43										44										45										46																																																																																									
44										45										46										47																																																																																									
45										46										47										48																																																																																									
46										47										48										49																																																																																									

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

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

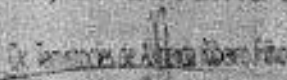
Fone: (083) 3271 1156

## DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins de direito, que revendo nos arquivos constatamos que o paciente, ALEX CARVALHO SANTOS, brasileiro, residente e domiciliado à rua Nossa Senhora das Graças Nº 46, centro, Araçagi-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 04/03/2018, tendo como diagnóstico Fratura exposta do Rádio distal direito CID 10 S52.5, submetido a tratamento cirúrgico no dia 05/03/2018, com quadro clínico exame realizado raios x do punho direito e imobilização tipo tala gessada membro superior, colocado material de síntese 01 (uma) Placa T e 03 (três) Parafusos Corticais, 02 (dois) Fios Kirshned, com alta hospitalar no dia 06/03/2018, conforme consta na ficha Ambulatorial Nº 350.955/2018 e prontuário Nº 049/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 20 de Julho de 2018.

  
Dr. Alexandre de Almeida Ribeiro Filho  
Obrigado, Alexandre Ribeiro Filho  
CRM 1518 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ALEX CARVALHO SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
469243495 SSP SP

CPF  
377.875.848-90

DATA NASCIMENTO  
22/11/1989

TRACAO  
CARLOS ANTONIO CARLOS  
DOS SANTOS  
VANEIDE CARVALHO  
SANTOS

PERMISSAO  
ACC  
CADENA  
AB

Nº REGISTRO  
04696120905

VALIDADE  
27/02/2019

Nº HABILITACAO  
15/07/2009

OMINACAO

*Alex Carvalho Santos*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
GUARABIRA, PB

DATA EMISSAO  
14/03/2014

*Rodrigo Carvalho*  
ASSINATURA DO EMISSOR

65121290724  
PB028197410

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
894277167

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894277167

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
02 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL



INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-262

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Luciano Santos Oliveira

REGISTRO GERAL 3.

NOME

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

FILIAÇÃO

FRANCISCO DE ASSIS

MARIA DO SOCORRO

NATURALIDADE

BARRA DE SAO VALE

DOC ORIGEM

CERT. CAS. Nº

CPF

014.864.314-02

João Pessoa - PB

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
 AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
 TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

NOME DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)  
 CONFORME ART. 369 C.P.C.

**J. FIGUEREDO** SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE ARACAGI PB  
 Rua Castelo Branco, 78 - Castelo Branco - CEP: 58270-000 - Fone: (83) 3274-1317 - E-mail: cartorio@aracagi.pb.gov.br  
 SYMONE DE LIMA FIGUEREDO - Oficial Tabelão

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de  
 ALEX CARVALHO SANTOS  
 Em test. da verdade. Aracagi-PB 05/04/2018 10:57:01  
 Josineri Paiva Barbosa Franco - Substituta  
 [2018-000792]EMUL:R\$ 19,48 FAREM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90  
 SELLO DIGITAL: A6674263-JWZH  
 Confira a autenticidade no <https://calendinita1.tinh.tuc.br>

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 02 JUL 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO F. 28870

**REPÚBLICA**

**DETRAN**

VIA 1

ALEX  
 RUA  
 CENT  
 582

3778

FLAV

PLACA ANT  
 NOVO

FAS/MOTO

HONDA

CAP/PO  
 2 P

GEM RESE

DOCUMENTO

N. Motor

ARACAGI

9899999

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180303152      **Cidade:** Araçagi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX CARVALHO SANTOS      **Data do acidente:** 04/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/07/2018  
**Valoração do IML:** 0  
**Perícia médica:** Sim  
**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
**Sequelas permanentes:**  
    **Sequelas:**  
    **Conduta mantida:**  
    **Quantificação das sequelas:**  
    **Documentos complementares:**  
    **Observações:** ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180303152 **Cidade:** Araçagi **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX CARVALHO SANTOS **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180303152      **Cidade:** Araçagi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX CARVALHO SANTOS      **Data do acidente:** 04/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/07/2018  
**Valoração do IML:** 0  
**Perícia médica:** Não  
**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.  
**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
**Sequelas permanentes:**  
**Sequelas:** Não definido  
**Conduta mantida:**  
**Quantificação das sequelas:**  
**Documentos complementares:**  
**Observações:** SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180303152

**Cidade:** Araçagi

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ALEX CARVALHO SANTOS

**Data do acidente:** 04/03/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA, SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 06 CM NA FACE VENTRAL DO PUNHO DIREITO. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

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

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dores Mendes*

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180303152

**Cidade:** Araçagi

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ALEX CARVALHO SANTOS

**Data do acidente:** 04/03/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA, SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 06 CM NA FACE VENTRAL DO PUNHO DIREITO. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

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

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dores Mendes*



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

Nome: Alex Carvalho Santos  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro  
Profissão: comerciante  
Identidade: 468243495 CPF: 377.87588-90  
Endereço: Av. das Quercas n 35 B. Centro

TS

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular  
At. Rua Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB - CEP 56200-000 Fone (31) 3271-4502

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
ALEX CARVALHO SANTOS  
Em test. da verdade, Guarabira-PB 25/06/2018 16:02:47  
Wardiria Toscano de Sales - Titular  
[2018-004537] EMUL: 89 48 FAPEN: 84 0,28 FEP: 84 1,94 FSE: 84 0,47  
SELO DIGITAL: 4HC51142-X037

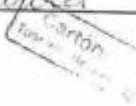
### OUTORGADO

Nome: Raúlio Santos Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casado  
Profissão: contabilista  
Identidade: 3307382 CPF: 034.864.334-02  
Endereço: Juca Alameda N. 669 - B. Novo

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

Local e data:

Guarabira, 25 de junho de 20 18



Assinatura do Outorgante

