

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

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 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. Nexo 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

377.875848-90

Nome completo da vítima

Alex Carvalho Scuttes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alex Carvalho Scuttes	CPF titular da conta 377.875848-90	Profissão Recepcionista
Endereço R - NS das graças	Número 35	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Braço do Norte	Estado SC
Email [redacted]		CEP 88270000
		Telefone (DDD) 83199420-7918

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

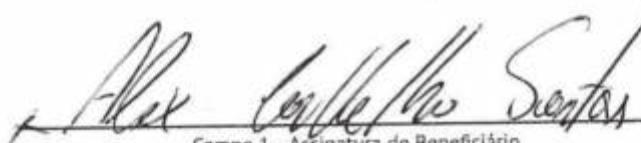
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome [redacted] NRO. [redacted]	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) AGENCIA NRO. 0042 D/V [redacted] CONTA NRO. 061247 D/V [redacted] (Informar dígito se existir)		AGENCIA NRO. [redacted] D/V CONTA NRO. [redacted] D/V (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.

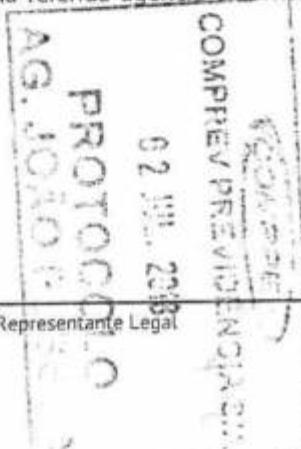
Braço do Norte, 25 de junho de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

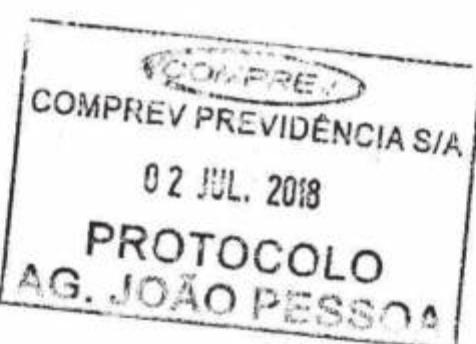
>> CONTA SEM MOVIMENTACAO NESTA DATA | MOVTO. E SALDO DO DIA
AG: 0042 - GUARABIRA OPER: 013 CONTA: 61.247-3
NOME: ALEX C SANTOS
DISPONIVEL.: 0,00
SALDO TOTAL: 0,00
PAG: 001 / 001
LIMITE FLUTUANTE GIM:
LIMITE CHEQUE AZUL:
BLOQUEADO: 000

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



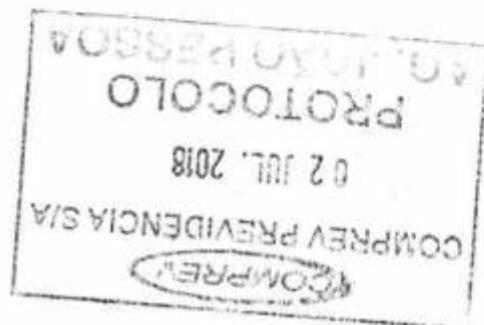
C E R T I D Ã O

C E R T I F I C O 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, ai, por volta das 11:57 horas, compareceu: o (a) Sr(a) 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 direita 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

377.875.848-90

04/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83 99420-7918

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:

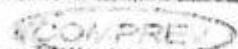
Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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 contra futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Brasília/DF, 25 de junho de 2018

Local e Data



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.

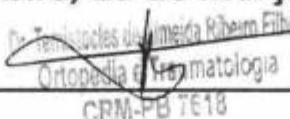
Fone: (83) 3271 1156

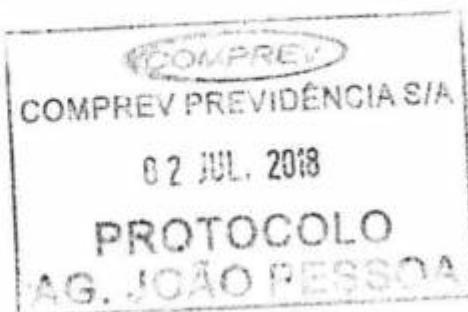
Fax: (83) 3271 4032

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, Araçagí-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. Edson de Oliveira Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1618



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: 00000061247-3

Nr. da Autenticação 50131E6AD42974F5

FRANCISCO JOSE DOS SANTOS
RUA NS DAS GRACAS, 26 - CENTRO
ARACAJU / PB CEP: 58070000 (AG: 22)

Emissao: 11/04/2018 Referencia: Abr / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO - 220, Km 25 - C/100 Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
Roteiro: 5 - 27 - 255 - 8100 N° medidor: 002/0488793

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ:09.095.193/0001-46 Inscrição: M-015-SE-20

Nº da Fatura/ Conta de Energia Elétrica: N°064.797.456
Cód. para Dib. Automatizado: 00000003328

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 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/593352-8

Canal de contato

Declaração de Oultraprazo Anual de Débitos:
Conforme previsto no Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a ocorrência dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração é suficiente para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quais estão nos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e nos anos anteriores.

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei

nº 10.436, de 26 de abril de 2002.

Viu um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para sair o local.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
13/03/18 17397	15/04/18 17497	1	110	33

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Avgt. Juros (R\$)	Base Cac (R\$)	Corr (R\$)		
0601	Consumo ate 30kWh-BR	30.000	0,269770	7,49	7,49	2,02	7,49	0,37	0,32
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,428170	28,97	29,97	8,09	29,97	0,27	1,26
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10.000	0,842260	6,42	6,42	1,73	6,42	0,06	0,27
0610	Sussego	38,29	38,00	27	3,80	28,26	0,33	1,53	

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUÇÃO ILUM PÚBLICA	1,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 03/2018	0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 03/2018	1,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Sussego	24,92	0,00	0	2,03	21,93	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL: 61,31 30,17 21,63 80,17 0,72 0,38

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 | 88 | 109
Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18

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

Indicadores de Qualidade			Consumo de Comunicação		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	5,51	0,00	Serviço de Dist. da Energia/PB	11,42	17,65
DIG TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL	Compra de Energia	12,48	20,78
DIG ANUAL	23,64	220	Serviço de Transmissão	1,75	2,70
FIC MENSAL	3,48	0,00	Encargos Sistêmicos	2,16	4,87
FIC TRIMESTRAL	8,87	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	26,14	54,12
FIC ANUAL	13,85	LIMITE INFERIOR	Outro Serviço	0,00	0,00
DMC	3,48	0,00	Total	64,93	100,00
DICRI	12,22				

Valor do EPGD (Ref 2/2018) R\$ 11,80

ATENÇÃO
Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um débito de R\$ 24,00.

Faturas em atraso



JOSE BARBOSA DOS SANTOS
RUA, OCA ATADE, 889- NOVO
GUAPABRA / PB CEP: 54200000 (AG: 22)



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDOR DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cidade Retiro - João Pessoa/PB - CEP 58071-600

CNPJ 09.085.183/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0

Emissao 14/08/2018 Referencia Jun/2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 22 - 65 - 4040 Nomedor: 000008884956

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°007.308.422

Cód. para Déb. Automatiz.: 00001664614

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPI/ 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	Lectura				
15/05/18	3007	14/06/18	3007	1	0	
Demonstrativo						
CCU - DESCRIÇÃO	Quantidade	Tarifa C	Valor Básico C	Imp. Imp. (R\$)	Baixa Calc. (R\$)	Com. (R\$)
				Tabulaç. Taxa (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS
					PSIC (R\$)	(1,000%) (4,1464%)
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0804 JUROS DE MORA 02/2018	3,65	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 03/2018	3,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 02/2018	2,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 03/2018	2,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MCNETÁRIA 02/2018	3,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MCNETÁRIA 03/2018	3,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCU: Código de Classificação do Item TOTAL 18,45 0,00 0,00 0,00 0,00

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

Histórico de Consumo (kWh)
206 | 180 | 167 | 177 | 192 | 188 | 216 | 189 | 183 | 224 | 579 | 517
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/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\$)	%
DIC MENSAL	9,91	0,00	Serviço de Dist. de Energia (R\$)	0,00	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,82	NORMAL	Compra de Energia	0,00	0,00
DIC ANUAL	23,64		Serviço de Transmissão	0,00	0,00
FIC MENSAL	2,48	0,00	Encargos Sistêmicos	0,00	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,97	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	18,45	100,00
FIC ANUAL	13,95	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DIMC	2,48	LIMITE SUPERIOR	Total	18,45	100,00
DICR	12,22		Valor do IUSO (Ref. 4/2018) R\$ 132,10		



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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Fláciiano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.864.334-102, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex Carvalho Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875.848-190, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Alex Carvalho Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 377.875.848-190, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso on-line Renda: Recurso on-line e apresento os documentos comprobatórios: meu currículo

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>Residência</u>	Cidade <u>Guarulhos</u>	Número <u>669</u>	Complemento <u>corredor</u>
Bairro <u>Novo</u>		Estado <u>São Paulo</u>	CEP <u>08200-000</u>
Email <u></u>	Telefone comercial(DDD) <u>11</u>	Telefone celular (DDD) <u>83199420-7718</u>	

Guarulhos PB.25 de Junho de 2018
Local e Data

Fláciiano Santos Oliveira
Assinatura do Declarante

COMPRA DE PREVIDÊNCIA

02 JUL. 2018
PROTOCOLO
PG. JOÃO BESSA

Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome:	Alex Marinho Santos	Matrícula:	350 955
Idade:	22.11.89 27 an	Categoria:	005
Sexo:	M	Profissão:	automotivo
Est. Civil:	S	Naturalidade:	500 Paulo
Residência:	Av. 15 de Novembro 46 Guarabira - PB	Data:	06/03/18
			RL 981871255
H.DA:	702 2046 1931 8260		16-469243495

Pct Várias de Alvaro 26
moto com dor no braço

①

Crise fértil + dor no braço

Diag. Clínico: Fratura de braço direito

Diag. Radiológico:

Tratamento:

Ortopedia e Traumatologia

Dr. Leonardo de Almeida Marinho Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 7018 CPF: 331.136.954-82

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Alex Gomes Júnior			
Data da Operação	05/03/18	Ent.	Lado
Operador	DR. TECNICOCLSS	1º Auxiliar	Massimo
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	DR. Wellington	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Bloco 02 Piso	
Fratura de rádio diâmetro			
TTO cirúrgico da fratura			
O mesmo			
Pré -			
Exame Radiológico no Ato	SIM	COMPROMISSO DE PERTINÊNCIA	
Exame Radiológico no Ato	SIM	02.03.2018	
Acidente Durante a Operação	NÃO	PROTÓCOLO	

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- (1) Pct da olecrano
- (2) Articulação + capilar
- (3) Tensão conjuntiva + túnica parietal
- (4) Raspagem da fratura.
- (5) Análise com placa e pinças
- (6) Sutura da fratura
- (7) Cerrado

Dr. Francisco de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 20100 - CNP: 021.120.069-02

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: May Cavallaro Categ: Pronto
 Condão do Parto: _____ Início: _____ Term.: _____
 Médico: Dr. Júnior Auxiliar: _____
 Anestesista: Wellinton Tipo de Anestesia: gás
 Tipo de Cirurgia: reparação
 Data: 05/07/17 Observação: anestesia

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples nº		Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag	2	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag	2	Ringer Lactado
	Catgut Cromado nº		Andrenoplasma
52	Catgut Cromado nº		Manitol
52	Catgut Cromado nº 2		Alloferine
	Mononylon nº 1		Etrane
	Mononylon nº		Pentranol
	Mononylon nº		Fluotane
01	Fios de algodão		Uthionembatal
01	Scalpe		Marcaina
08	Equipo p/ Soro		quelcicin
06	Equipo p/ Transfusão	02 JUL. 2018	Inoval
02	Luvas p/ Pares		Ketalar
	Compressas	PROTÓCOLO	fentanil
	Drenos		Methergin amp.
	Gases		Xilocaina 5%
	Lâminas de Bisturi	100	Xilocaina 2%
	Espadrapo		Atropina amp.
	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
	Povid. Degermante		Prostigmine amp
	Lacto-gim		Optacilim amp.
	adulto	60	
	cria	60	
	bebê	60	
04	gelo e almoço	5	
			Responsável



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

FOLHA DE ANESTESIA

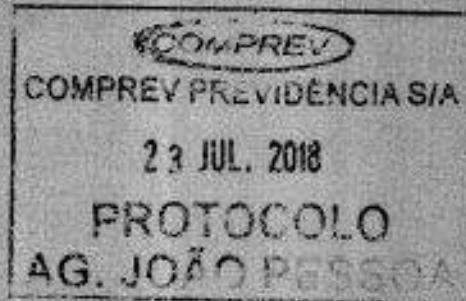
NAME <i>Aliz + CANALAO SANTOS</i>								DATA	
ESTADO CIVIL SOLT. <input type="checkbox"/> CAS. <input type="checkbox"/> VIU. <input type="checkbox"/> DESQ. <input type="checkbox"/>				SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		COR BR. <input type="checkbox"/> PD. <input type="checkbox"/> PR. <input type="checkbox"/>		PROFISSÃO	
ENDERECO AV. (Rua)								IDADE	
HOSPITAL								BAIRRO	
Q.I.H		C.P		INSC				CATEGORIA	
DIAGNOSTICO		OPERAÇÃO REALIZADA		INSC				MATRÍCULA	
CIRURGIAO		AUXILIAR							
HORA								PRESSÃO ARTERIAL	
A								PESO	PULSO
G								TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO
E								ESTADO GERAL	
N								B. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	
T								RISCO CIRURGICO	
E								B. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	
S								GRUPO SANGUÍNEO	
CÓDIGO								EXAMES COMPLEMENTARES	
Anestesia X 220									
Operação 9 200									
Intub. T 150									
Endotr. 160									
Pres. V 140									
Sistóli pres. A 120									
Distol 100									
Pulso 50									
Resp. RA 60									
Assist. 40									
Resp. RE 40									
Explor. 28									
Resp. contr. 28									
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 <i>13h00</i>		TERMINO <i>15h45</i>		DURAÇÃO <i>1h45</i>					
1 <i>3.6.2006</i>		2 <i>15h45</i>		3 <i>15h45</i>				MATERIAL GASTO COM OATO ENESTÉSICO	
4		5		6				7	
8		9		10				11	
12		13		14				15	
16		17		18				19	
18		19		20				21	
22		23		24				25	
26		27		28				29	
30		31		32				33	
34		35		36				37	
38		39		40				41	
42		43		44				45	
46		47		48				49	
50		51		52				53	
54		55		56				57	
58		59		60				61	
62		63		64				65	
66		67		68				69	
70		71		72				73	
74		75		76				77	
78		79		80				81	
82		83		84				85	
86		87		88				89	
90		91		92				93	
94		95		96				97	
98		99		100				101	
102		103		104				105	
106		107		108				109	
110		111		112				113	
114		115		116				117	
118		119		120				121	
122		123		124				125	
126		127		128				129	
130		131		132				133	
134		135		136				137	
138		139		140				141	
142		143		144				145	
146		147		148				149	
150		151		152				153	
154		155		156				157	
158		159		160				161	
162		163		164				165	
166		167		168				169	
170		171		172				173	
174		175		176				177	
178		179		180				181	
182		183		184				185	
186		187		188				189	
190		191		192				193	
194		195		196				197	
198		199		200				201	
202		203		204				205	
206		207		208				209	
210		211		212				213	
214		215		216				217	
218		219		220				221	
222		223		224				225	
226		227		228				229	
230		231		232				233	
234		235		236				237	
238		239		240				241	
242		243		244				245	
246		247		248				249	
250		251		252				253	
254		255		256				257	
258		259		260				261	
262		263		264				265	
266		267		268				269	
270		271		272				273	
274		275		276				277	
278		279		280				281	
282		283		284				285	
286		287		288				289	
290		291		292				293	
294		295		296				297	
298		299		300				301	
302		303		304				305	
306		307		308				309	
310		311		312				313	
314		315		316				317	
318		319		320				321	
322		323		324				325	
326		327		328				329	
330		331		332				333	
334		335		336				337	
338		339		340				341	
342		343		344				345	
346		347		348				349	
350		351		352				353	
354		355		356				357	
358		359		360				361	
362		363		364				365	
366		367		368				369	
370		371		372				373	
374		375		376				377	
378		379		380				381	
382		383		384				385	
386		387		388				389	
390		391		392				393	
394		395		396				397	
398		399		400				401	
402		403		404				405	
406		407		408				409	
410		411		412				413	
414		415		416				417	
418		419		420				421	
422		423		424				425	
426		427		428				429	
430		431		432				433	
434		435		436				437	
438		439		440				441	
442		443		444				445	
446		447		448				449	
450		451		452				453	
454		455		456				457	
458		459		460				461	
462		463		464				465	
466		467		468				469	
470		471		472				473	
474		475		476				477	
478		479		480				481	
482		483		484				485	
486		487		488				489	
490		491		492				493	
494		495		496				497	
498		499		500				501	
502		503		504				505	
506		507		508				509	
510		511		512				513	
514		515		516				517	
518		519		520				521	
522		523		524				525	
526		527		528				529	
530		531		532				533	
534		535		536				537	
538		539		540				541	
542		543		544				545	
546		547		548				549	
550		551		552				553	
554		555		556				557	
558		559		560				561	
562		563		564				565	
566		567		568				569	
570		571		572				573	
574		575		576				577	
578		579		580				581	
582		583		584				585	
586		587		588				589	
590		591		592				593	
594		595		596				597	
598		599		600				601	
602		603		604				605	
606		607		608				609	
610		611		612				613	
614		615		616				617	
618		619		620				621	
622		623		624				625	
626		627		628				629	
630		631		632				633	
634		635		636				637	
638		639		640				641	
642		643		644				645	
646		647		648				649	
650		651		652				653	
654		655		656				657	
658		659		660				661	
662		663		664				665	
666		667		668				669	
670		671		672				673	
674		675		676				677	
678		679		680				681	
682		683		684				685	
686		687		688				689	
690		691		692				693	
694		695		696				697	
698		699		700				701	
702		703		704				705	
706		707		708				709	
710		711		712				713	
714		715		716				717	
718		719		720				721	
722		723		724				725	
726		727		728				729	
730		731		732				733	
734		735		736				737	
738		739		740				741	
742		743		744				745	
746		747		748				749	
750		751		752				753	
754		755		756				757	
758		759		760				761	
762		763		764				765	
766		767		768					

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui Barbosa N° 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (083) 3271 1156

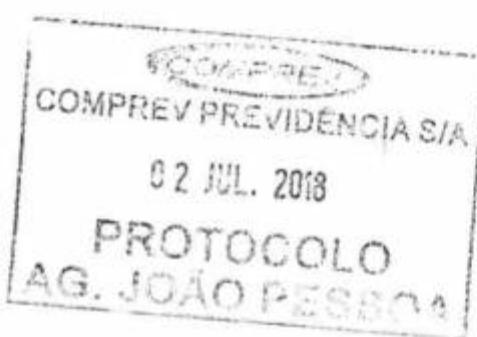
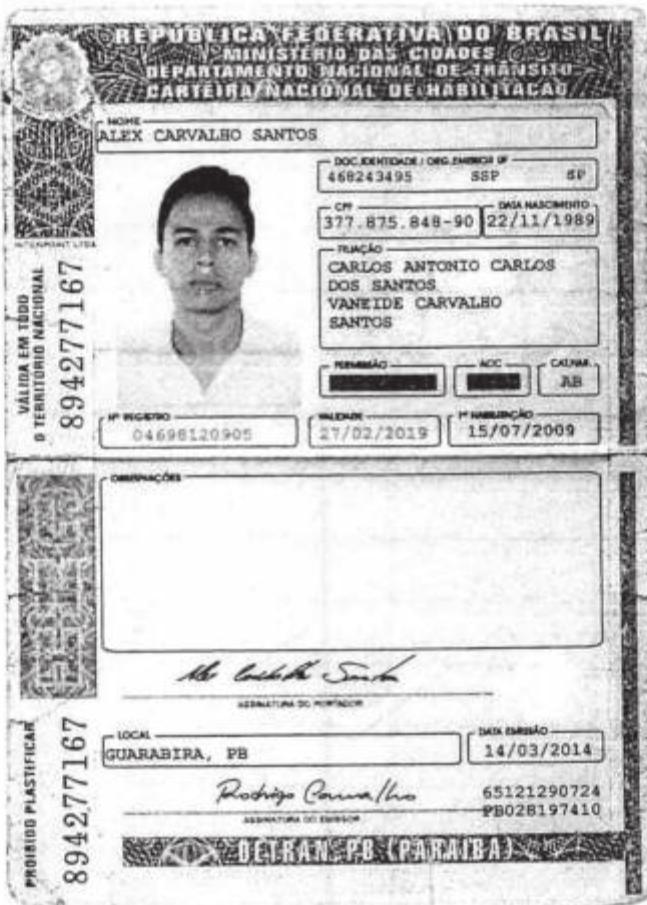
DECLARAÇÃO



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.

2010-01-01 10:00:00





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

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDERECO: _____

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. J. FIGUERÉDO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE ARACAJU/RN
Rua Castelo Branco, 78 - Castelo Branco - CEP: 58270-000 - Fone: (83)3224-1517 - E-mail: cartoriojfigueredo@gmail.com
Sílvia de Lima Figueiredo - Oficial Tabelião

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ALEX CARVALHO SANTOS: R\$ 9,48 FARPEM: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90
Em testi da verdade. Aracaju-RN 05/04/2018 10:57:01
Josinéri Paiva Barbosa Franco - Substituta
[2018-000792]EMOL: R\$ 9,48 FARPEM: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90
SELO DIGITAL: A0674263-JMZH
Confira a autenticidade no <https://ca1ndinital.tink.it/c>



COMPRÉ V PREVIDÊNCIA S/A

02 JUL. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO VIEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180303152
Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS

Cidade: Araçagi
Data do acidente: 04/03/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valorização 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

Valorização 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

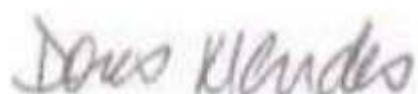
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

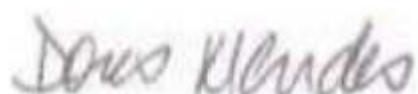
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
2º Ofício de Notas
Fone 3221 1231
Guarabira - PB
SERVIÇO NOTARIAL
Av. Dr. Cesar Peixoto, 3 - Centro - Guarabira - PB - CEP 58010-000 - Fone (83) 3211-4602
RECONHECO, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ALEX CARVALHO SANTOS
Em testada verdade, Guarabira-PB 25/06/2018 16:02:57
Mardiria Toscane de Sales - Titular
(2018-004537)ENOL:14 KV:48 FAPEN:83 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 FSE:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AH51142-X037

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Alex carvalho Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: comerciante
Identidade: 468243495 CPF: 377.875.88-90
Endereço: RS das graças n 35 B centro

16

OUTORGADO

Nome: Francisco Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: contador
Identidade: 3307382 CPF: 014.864.394.02
Endereço: Jacarandá n. 669 B niver

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 2018

Assinatura do Outorgante

