

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** ALEX CARVALHO SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180303187

**Vitima:** ALEX CARVALHO SANTOS

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

**Cobertura:** DAMS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180303187**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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, 12 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** **ALEX CARVALHO SANTOS**

**Nº Sinistro:** **3180303187**  
**Vitima:** **ALEX CARVALHO SANTOS**  
**Data do Acidente:** **04/03/2018**  
**Cobertura:** **DAMS**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180303187**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- DUT ilegível

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](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**

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Carta nº: 13174418

A/C: ALEX CARVALHO SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180303187  
**Vitima:** ALEX CARVALHO SANTOS  
**Data do Acidente:** 04/03/2018  
**Cobertura:** DAMS

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: ALEX CARVALHO SANTOS**

**Valor: R\$ 2.700,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000042**

**Conta: 00000061247-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

377.875848-90

Nome completo da vítima

Alex Carvalho Sentes

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Alex Carvalho Sentes	377.875848-90	Recepcionista
Endereço	Número	Complemento
R - NS das gracas	85	carrei
Bairro	Estado	CEP
centro	Brasília	58270000
Email	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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	D/V
0042	061247	3	
(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.

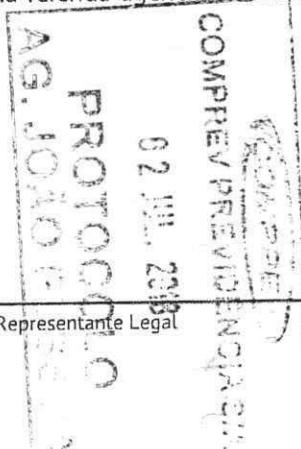
Brasília/DF, 25 de junho de 2018

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  
PAG: 001 / 001

AG: 0042 - GUARABIRA  
NOME: ALEX C SANTOS  
DISPONIVEL.: 0,00  
SALDO TOTAL: 0,00

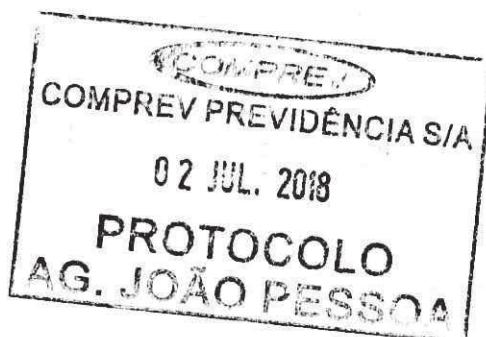
OPER: 013 CONTA: 61.247-3  
LIMITE FLUTUANTE GIM:  
LIMITE CHEQUE AZUL:  
BLOQUEADO: **000**

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 POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE ARAÇAGI/PB

Rua Felipe Rodrigues nº 10, centro Araçagi/PB, Fone (83) 3274.1331-98123.7705.



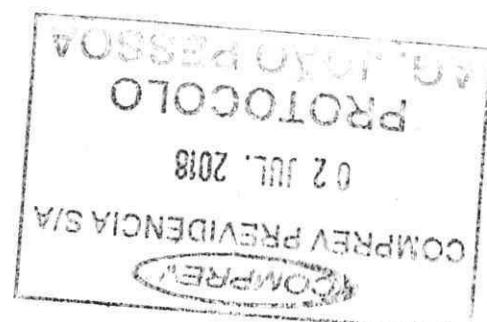
C E R T I D Ó

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



# 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: 26/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

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

CLIENTE: ALEX CARVALHO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 00000061247-3

---

Nr. da Autenticação 0A12B8E5CD55201C

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

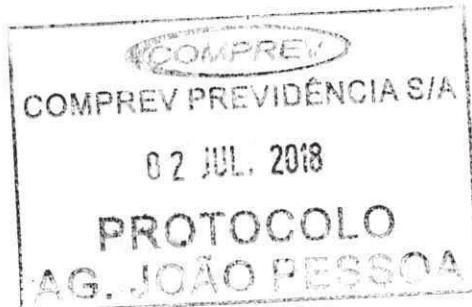
Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, ALEX CARVALHO SANTOS, brasileiro, residente e domiciliado à rua Nossa Senhora das Graças Nº 46, centro, Araçagí-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda – CNPJ: 09.239.906/0001-38, 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. Zenóbio de Almeida Ribeiro Filho*

*Ortopedia e Traumatologia*

CRM-PB 7618



## ATO DECLARATÓRIO

### Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

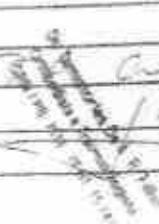
Nome: Alex Marvaldo Santos	Matrícula: 350955
Idade: 22	Category: 04
Sexo: M	Profissão: Autônomo
Est. Civil: S	Naturalidade: São Paulo
Residência: Rua 135° esq. com 1600 Bairro: Centro	Data: 20/03/18 20 98 1871255 6 468 243495
H.D.A 702 2046 1931 3360	

Pelos termos da Alvará no  
ano de 2018 em Guarabira

Diag. Clínico: Fratura de fêmur direito

Diag. Radiológico:

Tratamento: Osteosíntese



Dr. Fernando de Oliveira Sales Filho  
Cirurgião e Traumatologista  
CNPJ 19.118.091/0001-43



**ATO Secretário**  
**Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira**

Nome: Alex Carvalho Santos	Matrícula: 350 955
Idade: 22.12.89 27 an	Categoria: 363
Sexo: M	Profissão: auxiliar
Etc. Civil: S	Naturalidade: 500 KM X 0
Residência: R. 25º José Graean 96 Barreiros - PB	Data: 06/3/18 RJ 99187-1255
HDA: 302 2046 1931 8360	N. 469 243495

Plt varres de Alonso 20  
mto com mto mto

(P)

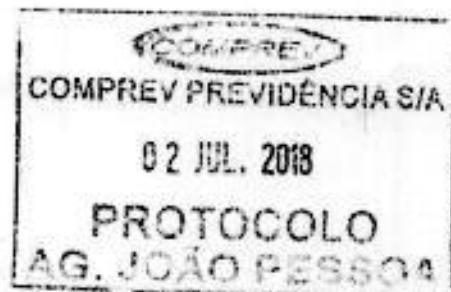
Cravos f de 1 + Cravos f de 1 +

Diag. Clínico: Fratura de punho direito

Diag. Radiológico:

Tratamento: O punho direito

~~O tratamento é feito na sala de  
Operações Interna e  
CRM: 00000000000000000000000000000000~~



FRANCISCO JOSE DOS SANTOS  
RUA NS DAS GRACAS, 25 - CENTRO  
ARACAJI / PB CEP: 58270000 (AG: 22)

Emissao: 11/04/2018 Referencia: Abr/2018  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO - 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-000  
Roteiro: 5 - 27 - 265 - 8100 N° medidor 0000428793



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-000  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Inscrição Estadual 16.015.822-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°004.787.456  
Cód. para Déb. Automático: 0009693328

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na 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 substitui 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 10.438, de 28 de abril de 2002.

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura	Data Leitura			
12/03/18 17397	11/04/18 17497	1	110	30

CCI	Descrição	Demonstrativo									
		Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc.	Alq. Icms(R\$)	Base Calc. Pis(R\$)	Cofins(R\$)				
0801	Consumo até 30kWh-BR	90.000	0,249770	7.49	7.49	27	2.02	7.49	0,37	0,32	
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,428170	29,87	29,87	27	8,09	29,87	0,27	1,26	
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10.000	0,842250	6,42	6,42	27	1,73	6,42	0,06	0,27	
0810	Subsídio			38,29	38,29	27	8,80	38,29	0,39	1,53	
LANCAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			8,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 03/2018			0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 03/2018			1,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0908	Devolução Subsídio			-24,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 64,93 80,17 21,64 80,17 0,72 3,38

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
112	18/04/2018	R\$ 64,93

#### Histórico de Consumo (kWh)

112		121		106		112		107		114		115		118		131		107		89		106
Abr/17	Ma/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18											

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

#### Indicadores de Qualidade

2/2018 - Guarabira

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,91	0,00	
DIC TRIMESTRAL	11,62		NOMINAL 220
DIC ANUAL	23,84		
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATAÇÃO
FIC TRIMESTRAL	8,97		LIMITE INFERIOR 232
FIC ANUAL	13,95		LIMITE SUPERIOR 231
DMIC	3,48	0,00	
DICRI	12,22		

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	11,42	17,55
Compra de Energia	12,48	20,78
Serviço de Transmissão	1,75	2,70
Encargos Setoriais	3,18	4,87
Impostos Diretos e Encargos	35,14	54,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,93	100,00

Votor do EUSD (Rel 2/2018) R\$11,68

#### ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$24,83

#### Faturas em atraso

02.01.2018  
PROTOCOLO  
COMPREV PREVIDENCIAS S/A

**JOSÉ BARBOSA DOS SANTOS**  
RUA. OCA ATAIDE, 669 - NOVO  
GUARABIRA / PB CEP 54120000 (AG. 22)



Emissão 14/06/2018 Referência Jun/2018  
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
Roteiro: 7 - 22 - 65 - 4040 N° medidor: 00008884956  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°007.936.422  
Cód. para Déb. Automático: 00001664614

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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

<b>Demonstrativo</b>							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa CFC	Valor Base CFC	Aliq. ICMS(R\$)	Base Calc. Fis(R\$)	Corr(R\$)
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Cofins(R\$) (1,9006%) (4,1484%)							
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>							
0804	JUROS DE MORA 02/2018		3,65	0,00	0 00	0 00	0 00
0804	JUROS DE MORA 03/2018		3,40	0,00	0 00	0 00	0 00
0805	MULTA 02/2018		2,14	0,00	0 00	0 00	0 00
0805	MULTA 03/2018		2,58	0,00	0 00	0 00	0 00
0805	ATUALIZAÇÃO MC NETÁRIA 02/2018		3,21	0,00	0 00	0 00	0 00
0805	ATUALIZAÇÃO MC NETÁRIA 03/2018		3,27	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

**Média últimos meses (kWh)** 253 **VENCIMENTO** 21/06/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 18,45

**Histórico de Consumo (kWh)**  
208 | 180 | 187 | 177 | 192 | 188 | 218 | 189 | 183 | 224 | 578 | 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.

47/2018 - Guarabira			Composição do Consumo		
Indicadores de Qualidade					
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,91	0,00	Serviços de Dist. da Energisa/PB	0,00	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL	Compra de Energia	0,00	0,00
DIC ANUAL	23,64	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	0,00	0,00
FIC MENSAL	3,48	0,00	Encargos Selarias	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
DMIC	3,48	LIMITE SUPERIOR	Total	18,45	100,00
DICRI	12,22		Valor do EUSD (Ref. 4/2018) R\$132,13		



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA  
Av: Rui Barbosa - 240 - Centro – Guarabira – PB  
Fone: (83) 3271 – 1156      Fax: (83) 3271 – 4032

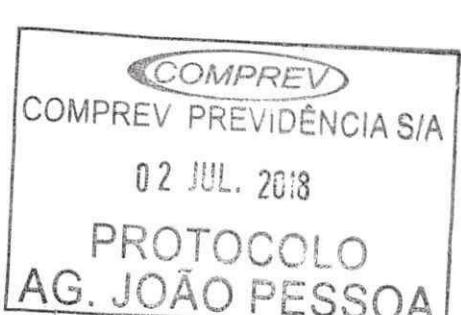
RECIBO..... 3.500,00

Recebi do Sr. ALEX CARVALHO SANTOS, a importância líquida de R\$ 3.500,00 (Três Mil e Quinhentos Reais), ref. a atendimento médico cirúrgico realizado na pessoa do mesmo.

Para maior clareza, firmo o presente recibo, dando plena e total quitação.

Guarabira, 05 de Março de 2018.

  
00239.906.906/0001-38  
Pronto Socorro De Fraturas  
De Guarabira - Lida - Profrag  
Av. Rui Barbosa - 240  
Centro - Cep: 58.200.000  
Guarabira - PB

  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda**  
**Avenida Rui Barbosa N° 240 – Centro – Guarabira-PB.**  
**Fone: (083) 3271 1156      Fax: (083) 3271 4032**

**Nome do Paciente: Alex Carvalho Santos**  
**Convênio: Particular**  
**Diagnóstico: Fratura do Rádio distal do Rádio**  
**Procedimento: Internamento Cirúrgico**  
**Data do Internamento: 05/03/2018**  
**Data da Alta: 06/03/2018**  
**Prontuário ou ficha Ambulatorial: 049/2018**

## Honorários Médicos

<b>Cirurgião</b>	<b>01</b>	<b>R\$ 1.444,96</b>	<b>R\$ 1.444,96</b>
<b>Auxiliar</b>	<b>01</b>	<b>R\$ 188,94</b>	<b>R\$ 188,94</b>
<b>Anestesista</b>	<b>01</b>	<b>R\$ 712,00</b>	<b>R\$ 712,00</b>
		<b>Sub-Total..... R\$</b>	<b>R\$ 2.345,90</b>

**Diária de Apartamento 01 R\$ 150,00**

R\$ 150,00  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
R\$ 60,00

## Exame Radiológico

<b>Raios x do Punho</b>	<b>02</b>	<b>R\$</b>	<b>40,00</b>	<b>R\$</b>	<b>80,00</b>
<b>Fio Kirshned</b>	<b>02</b>	<b>R\$</b>	<b>75,00</b>	<b>R\$</b>	<b>150,00</b>
<b>Placa em T</b>	<b>01</b>	<b>R\$</b>	<b>540,00</b>	<b>R\$</b>	<b>540,00</b>
<b>(Incluindo 03 Parafusos Corticais)</b>					

11

09.239.906.906/0001-38  
Mot. e Soc. de Fretas  
De Guaratiba - Lusa - Pre-Tag  
Av. Rui Barbosa, 200  
Centro - CEP 260.000.00  
Guaratiba - 1703

**Nomenclatura Medicamento de Sala e Enfermaria**  
**Quantidade valor Unitário Valor Total**

<b>Pov. Digermante</b>	<b>120ml</b>	<b>R\$ 0,10</b>	<b>R\$ 12,00</b>
<b>Pov. Tópico</b>	<b>180ml</b>	<b>R\$ 0,08</b>	<b>R\$ 14,00</b>
<b>Diclofenaco amp</b>	<b>04 amp</b>	<b>R\$ 2,81</b>	<b>R\$ 11,24</b>
<b>Cefalotina amp</b>	<b>04 amp</b>	<b>R\$ 5,55</b>	<b>R\$ 22,20</b>
<b>Soro Fisiológico</b>	<b>02 unid</b>	<b>R\$ 2,96</b>	<b>R\$ 5,92</b>
<b>Soro Glicosado</b>	<b>01 unid</b>	<b>R\$ 3,33</b>	<b>R\$ 3,33</b>
<b>Neocaína 5%</b>	<b>01 amp</b>	<b>R\$ 14,00</b>	<b>R\$ 14,00</b>
<b>Efortil amp</b>	<b>01 amp</b>	<b>R\$ 5,98</b>	<b>R\$ 5,98</b>
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>R\$ 88,67</b>

**Material de Sala e Enfermaria**

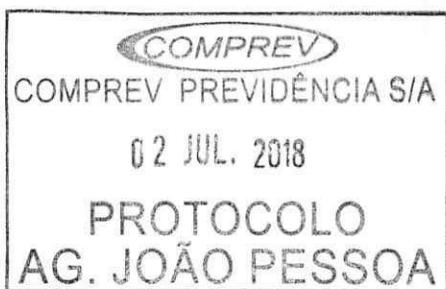
<b>Equipo</b>	<b>01</b>	<b>R\$ 0,63</b>	<b>R\$ 0,63</b>
<b>Scalp</b>	<b>02</b>	<b>R\$ 0,49</b>	<b>R\$ 0,98</b>
<b>Mononaylon</b>	<b>02 unid</b>	<b>R\$ 6,70</b>	<b>R\$ 13,40</b>
<b>Luvas</b>	<b>04 pares</b>	<b>R\$ 1,00</b>	<b>R\$ 4,00</b>
<b>Lâmina de bisturi</b>	<b>01 unid</b>	<b>R\$ 0,41</b>	<b>R\$ 0,41</b>
<b>Seringa desc. 05cc</b>	<b>04 unid</b>	<b>R\$ 0,65</b>	<b>R\$ 2,60</b>
<b>Seringa desc. 10cc</b>	<b>05 unid</b>	<b>R\$ 0,85</b>	<b>R\$ 4,25</b>
<b>Máscara desc.</b>	<b>04 unid</b>	<b>R\$ 0,40</b>	<b>R\$ 1,60</b>
<b>Gorro desc.</b>	<b>04 unid</b>	<b>R\$ 0,35</b>	<b>R\$ 1,40</b>
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>R\$ 29,27</b>

<b>Curativos</b>	<b>02</b>	<b>R\$ 11,06</b>	<b>R\$ 22,12</b>
<b>Taxa de Sala de Cirurgia</b>		<b>R\$ 94,04</b>	<b>R\$ 94,04</b>
<b>TOTAL GERAL .....</b>			<b>R\$ 3.500,00</b>

**(Três Mil e Quinhentos Reais).**

**Guarabira, 06 de Março de 2018.**

*Paulo Henrique*  
 06/03/2018  
 Protólio Socorro de Oliveira  
 De Guarabira - Para - Protag  
 Av. Nelson Barbosa - 100  
 Centro - Cep: 80.320-000  
 Guarabira - PB



**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 Flávio Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.334-102, 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 Invalidade 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 Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios: new pessoa

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	Cidade	Número	Complemento
<u>Jeca Alavâ</u>	<u>Guarabira</u>	<u>669</u>	<u>casa</u>
Bairro <u>newo</u>		Estado <u>Pará</u>	CEP <u>58200-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		<u>83/99420-7718</u>	

Guarabira PB, 25 de Junho de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



## Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome:	Alex Marinho Santos	Matrícula:	350 955
Idade:	22.11.89 27 an	Categoria:	015
Sexo:	M	Profissão:	automotivo
Est. Civil:	S	Naturalidade:	500 PAULO
Residência:	A V. 54º das Graças 46 Barreiros - PB	Data:	06/03/18 tel 981871255 6468243495
H.D.A:	302 2046 1931 2260		

Pt. vítima de Alucina 26  
moto com dor no braço

(D)

Crise fértil + dor no tórax

Diag. Clínico: Fratura de placa ossos

Diag. Radiológico:

Tratamento:

Ortopedia e Traumatologia

Dr. Leonardo de Andrade Marinho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PB 014 CPF 031.136.954-82

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA**  
 Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

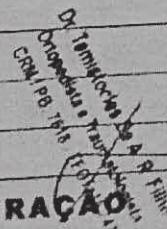
**RELATÓRIO DE CIRURGIA**

Nome do Paciente	Alex Gomes Júnior			Nº Prontuário
Data da Operação	05/03/18	Ent.	Lado	
Operador	DR. TECNICO CLSS	1º Auxiliar	Massar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	DR. Wellington	Type de Anestesia	Bloco 02 Bloco	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura de rádio diâfragma			
Diagnóstico Pós-Operatório	Fratura de rádio diâfragma			
Relatório Imediato do Patologista	PNA -			
Exame Radiológico no Ato	SIM	COMPROV PREVIDÊNCIA		
Exame Radiológico no Ato	SIM	02/03/2018		
Acidente Durante a Operação	NAO	PROTÓCOLO		

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

- (1) Pct de 00/1600 ml de soro
- (2) Acesso braço + capot arq
- (3) Elenco anestésico etanomar para 400 ml
- (4) Preparo da braçadeira
- (5) Fimbra com fls e fimbria
- (6) Sutura por planos
- (7) Curativo



Dr. Tomás de Almeida Ribeiro Filho  
 Ortopedia e Traumatologia  
 0321-330-0644-22

**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 Cavall - as s/n Categ: Mujer  
 Condão do Parto: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Term.: \_\_\_\_\_  
 Médico: Dr. Fábio Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: Wellinton Tipo de Anestesia: glic  
 Tipo de Cirurgia: verso c  
 Data: 05/07/17 Observação: o c

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples nº		Soro Glicosado
	Catgut Simples S/g	2	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/g	2	Ringer Lactado
	Catgut Cromado nº		Andrenoplasma
52	Catgut Cromado nº		Manitol
52	Catgut Cromado nº 2		Alloferine
	Mononylon nº 1		Etrane
	Mononylon nº		Pentran
	Mononylon nº		Fluotane
01	Fios de algodão		Utionembutal
01	Scalpe		Marcaina
06	Equipo p/ Soro		quelicin
06	Equipo p/ Transfusão	02 JUL. 2018	Inoval
06	Luvas p/ Pares		Ketalar
06	Compressas		fentanil
2	Drenos		Methergin amp.
01	Gases		Xilocaina 5%
4	Lâminas de Bisturi	1	Xilocaina 2%
1	Espadrapo		Atropina amp.
1	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
1	Povid. Degermante		Prostigmine amp
1	Lacto-gim		Optacilim amp.
1	adulto	61	90
1	criança	69	crian
1	bebê	67	bebê
1	O 4 grena e alura		5
			Responsável

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOTTO 000000000000



# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

## FOLHA DE ANESTESIA

NOME		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
ENDERÉSCO AV. (Rua)			IDADE
HOSPITAL			BAIRRO
G.I.H	C.P.	INSC	CATEGORIA
DIAGNOSTICO		MATRÍCULA	
OPERAÇÃO REALIZADA			
CIRURGIÃO		AUXILIAR	
HORA		PRESSÃO ARTERIAL	
A G E N T E S		PESO	PULSO
CÓDIGO Anestesia X 220 Operação @ 200 Intub. T 180 Endotr. 160 Pres. V 140 Sistóli pres. A 120 Distol Pulso ♦ 100 80 Resp. RA 60 Assist 40 Resp. RE 40 Export. 20 Resp. contr. 20		TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO
ESTADO GERAL B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		RISCO CIRURGICO B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	GRUPO SANGUÍNEO
EXAMES COMPLEMENTARES			
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	3 h 30 m	MATERIAL GASTO COM OATO ANESTÉSICO	
2	3 h 30 m	7	
3	3 h 30 m	8	
4	3 h 30 m	9	
5	3 h 30 m	10	
6	3 h 30 m	11	
7	3 h 30 m	12	
OBSERVAÇÕES		02/01/2018	
ASSINATURA		US	US+20% R\$

# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

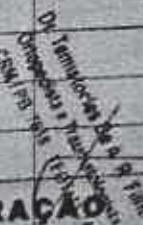
## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Alex Carvalho Santos			
Data da Operação	05/03/18	Ent.	Leito
Operador	DIL - TECNICO CLSS	1º Auxiliar	Massay
2º Auxiliar		2º Auxiliar	
Assistente	Dr. Wellington	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pós-Operatório		Bloco de Anest.	
Fratura de braço direito D			
Tipo de Operação		TTO univ. na fist	
Diagnóstico Pós-Operatório		Osteosí	
Relatório Imediato do Patologista		PMF	
Exame Radiológico no Alto	Sim	COMPREV	
Exame Radiológico no Alto	Sim	COMPREV - PREVIDENCIA S/A	
Acidente Durante a Operação	Não	09 JUL. 2018	
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- D) Pct de 02 N.500 ml de soro
- B) Ativ. fibra + Capot ang
- 3) Tensão longa e forte com o vento
- 4) Peso, de fato
- 5) Fibras com fio e fios
- 6) Sutura com fio
- 7) Cura



Dr. Jenízio de Almeida Ribeiro Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 092.118.000-02

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 Carvalho Categ: SLP  
 Condição do Parto: Normal Início: \_\_\_\_\_ Term.: \_\_\_\_\_  
 Médico: Dr. Silviano Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: Willian Tipo de Anestesia: Spinal  
 Tipo de Cirurgia: Fratura Data: 05/02/11 Observação: Normal

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
<u>5</u>	Catgut Simples nº	<u>5</u>	Soro Glicosado
<u>5</u>	Catgut Simples S/ag	<u>5</u>	Soro Fisiológico
<u>5</u>	Catgut Simples C/ag	<u>5</u>	Ringer Lactato
<u>5</u>	Catgut Cromado nº	<u>5</u>	Andrenoplasma
<u>5</u>	Catgut Cromado nº	<u>5</u>	Manitol
<u>5</u>	Catgut Cromado nº <u>2</u>	<u>5</u>	Alloferine
<u>5</u>	Mononylon nº <u>1</u>	<u>5</u>	Etrane
<u>5</u>	Mononylon nº	<u>5</u>	Pentrane
<u>5</u>	Mononylon nº	<u>5</u>	Fluotane
<u>5</u>	Fios de algodão	<u>5</u>	Uionembutal
<u>5</u>	Scalp	<u>5</u>	Marcaina
<u>5</u>	Equipo p/ Soro	<u>5</u>	quelcín
<u>5</u>	Equipo p/ Transfusão	<u>5</u>	Inoval
<u>5</u>	Luvas p/ Pares	<u>5</u>	Ketalar
<u>5</u>	Compressas	<u>5</u>	fentanil
<u>5</u>	Drenos	<u>5</u>	Methergin amp.
<u>5</u>	Gases	<u>5</u>	Xilocaina 5%
<u>5</u>	Lâminas de Bisturi	<u>5</u>	Xilocaina 2%
<u>5</u>	Esparadrapo	<u>5</u>	Atropina amp.
<u>5</u>	Povidine Tópico	<u>5</u>	Syntocinon amp.
<u>5</u>	Povid. Degermante	<u>5</u>	Prostigmine amp.
<u>5</u>	Lacto-gim	<u>5</u>	Optacilim amp.
<u>5</u>	elatoframe	<u>5</u>	<u>90</u>
<u>5</u>	fixa alme	<u>5</u>	<u>avida</u>
<u>5</u>	polu fone	<u>5</u>	<u>5</u>
<u>5</u>	glu a alme	<u>5</u>	
		Responsável	

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 JUL. 2010  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

## FOLHA DE ANESTESIA

NOME

H. A. + CARVALHO SANTOS

DATA

ESTADO CIVIL SOLT.	CAS.	VIVA	DEBO.	SEXO MASC.	FEM.	COR BR	PD	PR	PROFISSAO	IDADE
ENDERECO AV. (Rua)									BAIRRO	
HOSPITAL									CATEGORIA	
GLH		CP		INSC				MATRÍCULA		

DIAGNÓSTICO

OPERAÇÃO REALIZADA									
CIRURGÃO									
HORA									AUXILIAR

A									PRESSÃO ARTERIAL																												
S									PESO	PULSO																											
E									TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO																											
N									ESTADO GERAL																												
T									B	R	M	P																									
E									RISCO CIRÚRGICO																												
S									B	R	M	P																									
GRUPO SANGUÍNEO																																					
EXAMES COMPLEMENTARES																																					
<table border="1"> <tr><td>CÓDIGO</td><td>220</td></tr> <tr><td>Anestesia X</td><td>220</td></tr> <tr><td>Operação</td><td>200</td></tr> <tr><td>Intub.</td><td>T</td></tr> <tr><td>Endotr.</td><td>150</td></tr> <tr><td>Pres. V</td><td>140</td></tr> <tr><td>Sistólf pres. A</td><td>120</td></tr> <tr><td>Distólf</td><td>100</td></tr> <tr><td>Pulso ♀</td><td>80</td></tr> <tr><td>Resp. RA</td><td>60</td></tr> <tr><td>Assist.</td><td>40</td></tr> <tr><td>Resp. RE</td><td>40</td></tr> <tr><td>Expon.</td><td>20</td></tr> <tr><td>Resp. contr.</td><td>20</td></tr> </table>										CÓDIGO	220	Anestesia X	220	Operação	200	Intub.	T	Endotr.	150	Pres. V	140	Sistólf pres. A	120	Distólf	100	Pulso ♀	80	Resp. RA	60	Assist.	40	Resp. RE	40	Expon.	20	Resp. contr.	20
CÓDIGO	220																																				
Anestesia X	220																																				
Operação	200																																				
Intub.	T																																				
Endotr.	150																																				
Pres. V	140																																				
Sistólf pres. A	120																																				
Distólf	100																																				
Pulso ♀	80																																				
Resp. RA	60																																				
Assist.	40																																				
Resp. RE	40																																				
Expon.	20																																				
Resp. contr.	20																																				

### PREANESTÉSICO

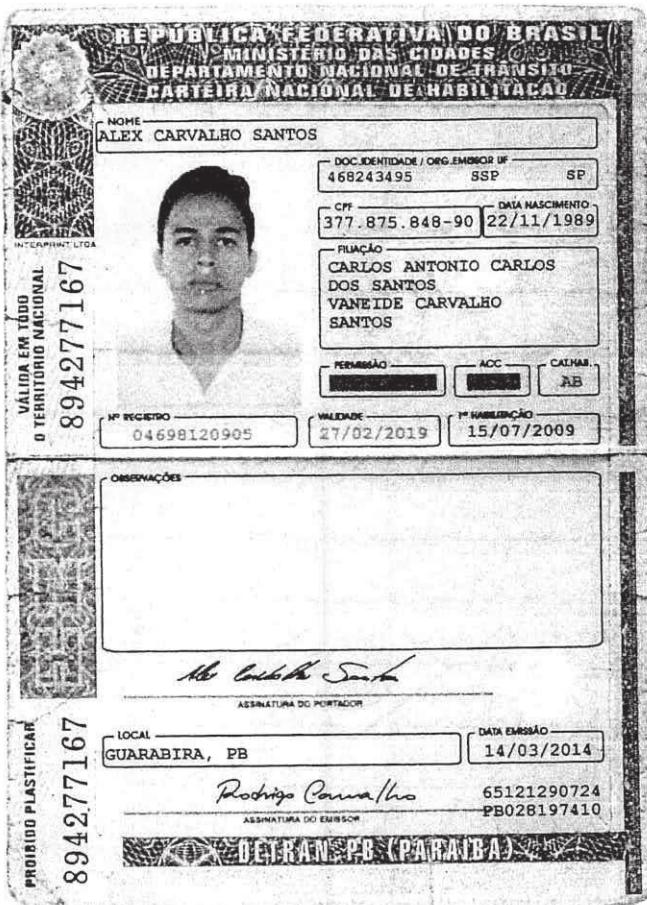
HORA

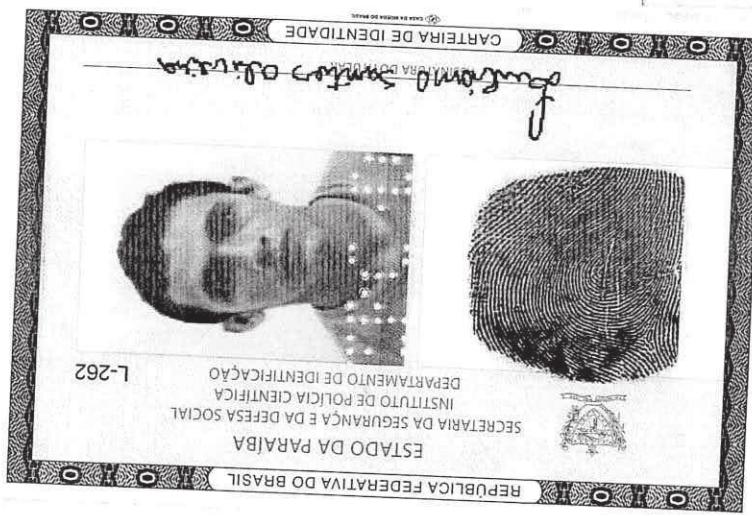
ANESTESIA	HORA				
GERAL	RAQUIDIANA	EPIDURAL	BLOQ. DE PLEXO	BLOQ. DE NERVOS	OUTRAS
TÉCNICA					

INÍCIO	13h00	TERMINO	13h45	DURAÇÃO	15
MATERIAL GASTO COM OATO ENESTÉSICO					
1	5,6 - Spof				7
2	3,6 - Cet				8
3	5,60 - 29.20				9
4					10
5					11
6					12
COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA SIA					
09 JUL. 2013					
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					

ASSINATURA

US-204





REGISTRO GERAL	3.1
NOME	LUCIANO SANTOS
FILIAÇÃO	FRANCISCO DE SOUZA DA SILVA
NATURALIDADE	BARRA DE SANTOS
CERT. CAS. N°	014.864.314-02
CPF	000.000.000-00
DOC. ORIGEM	João Pessoa - PB

*lourenço da silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**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. FIGUERÊDO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE ARAÇAGU, PB  
Rua Castelo Branco, 78 - Castelo Branco - CEP: 58270-000 - Fone: (83)3274-1017 - E-mail: cartoriofigueredo@bol.com.br  
SYMONNE DE LIMA FIGUERÊDO - Oficiala Tabellil

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) assinadas:  
ALEX CARVALHO SANTOS  
Josimeri Paiva Barbosa Franco - Substituta  
[2018-000772]EMOL:R\$ 9,43 FARPEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: AG574263-JWZ  
Confira a autenticidade em <https://calndnit11.tinh.inc.br>



COMPRA PREVIDÊNCIA S/A

02 JUL. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013747434990  
VIA: COD. RENAVAM: 10-211-38114-  
151-3222-6 10-00000000-00000000

NAME: FELIPE LIMA VILHO SANTOS

CPF/CNPJ:

37787694890

PLACA:

OPR8297/PB

PLACA ANT/UF:

NOVO

EE

CHASSI:

FC2304110ER802813

ESPECIE/ TIPO:

ES/ MOTOCICLE/ NAO RELIC

COMBUSTIVEL:

gasolina

MARCA/ MODELO:

HONDA/ CG 125 FAN KS

ANO FAB:

2011

ANO MOD:

2014

CAP/POV/CIL:

2 P 124 /CI

CATEGORIA:

PARTIC

GOR PREDOMINANTE:

PRESTA

COTA UNICA

FAIXA IPVA:

FAIXA IPVA:</p

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237113/18

Vítima: ALEX CARVALHO SANTOS  
CPF: 377.875.848-90

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/03/2018

Titular do CPF: ALEX CARVALHO SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

DUT

Outros

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2018  
Nome: ALEX CARVALHO SANTOS  
CPF: 377.875.848-90

ALEX CARVALHO SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180303187

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

**Vítima:** ALEX CARVALHO SANTOS

**Atendimento:** HOSPITAL

**Cidade:** Araçagi

**UF:** PB

**Análise:** Primeira Análise

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

**Data:** 24/07/2018 11:22:59

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO -

**Internação:** Sim

**Tratamento:** CIRURGICO

**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.07.20.09-5	FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	2345,90	1814,90
Hospital (Taxes/Diárias)	0013	DIÁRIA APARTAMENTO	150,00	150,00
Hospital (Taxes/Diárias)	0010	CURATIVO MÉDIO	22,12	19,20
Hospital (Taxes/Diárias)	0163	TAXA DE SALA CIRURGIA PORTE III	94,04	94,04
Exames	4.08.03.11-2	RX - PUNHO	80,00	80,00
Materiais			719,27	719,27
Medicamentos			88,67	88,67
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>3500,00</b>	<b>2966,08</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:** LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ALEX CARVALHO SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	3500,00	2966,08	2700,00

**PARECER DE DAMS**

<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3500,00</b>	<b>2966,08</b>	<b>2700,00</b>
-------------------------------	-------------	-------------	-------------	----------------	----------------	----------------

**TOTAL PLEITEADO:** 3500,00      **TOTAL AVALIADO:** 2966,08      **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

**INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA**



## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE**

Nome: Alex carvalho santos  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro  
Profissão: comerciante  
Identidade: 468243493 CPF: 377.875.88-90  
Endereço: RS das especias n 35 B centro

**16**

REGISTRO

Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP 58620-000 - Fone: (83) 3271-8502

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

ALEX CARVALHO SANTOS

Em testada verdade, Guarabira-PB 25/06/2018 16:02:17

Vararia Toscâo de Sales - Titular

2018-04537EM:R\$ 19,48 FAPPEN:R\$ 0,26 FEFPI:R\$ 1,90 FEEB:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHG51142-XH57

### **OUTORGADO**

Nome: lauzinei santo oliveira  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado  
Profissão: contador  
Identidade: 3307382 CPF: 034.864.334.02  
Endereço: Jacarintaná, n.º 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 2018

Assinatura do Outorgante

