

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ADRAILTON DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180151975**

Vitima: **ADRAILTON DE SOUZA**

Data do Acidente: **24/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180151975**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12619088



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ADRAILTON DE SOUZA

Nº Sinistro 3180151975

Vitima: ADRAILTON DE SOUZA

Data do Acidente: 24/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180151975**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **24/11/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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



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: 072-211-604-07 CPF da Vítima: 072-211-604-07 Nome completo da vítima: Adraillom de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Adraillom de Souza CPF titular da conta: 072-211-604-07 Profissão: aeroviário
Endereço: Rua Francisco de Paula Número: 42 Complemento: -
Bairro: Popular Cidade: Santa Rita Estado: PR CEP: 58301-565
Email: Alexandracarduarte@outlook.com Telefone (DDD): 98663-4900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Sanander NR0: 033
AGÊNCIA: 4181 D/V: 00001049549 4
(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.

Santa Rita 28 de março de 2018
Local e Data

Adraillom de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0042964 LC SANTA MARIA IV 28/03/2018
SANTANDER
11:42:18 (Horário de Brasília)
*****2148

Extrato N. 93120001-8562

MOVIMENTAÇÃO DE CONTA CORRENTE
28/03/2018 11:42 DT CONTABIL: 28/03/2018
BANCO:0033 AGENCIA:4181 CONTA:00001-049549-4
MARCO/2018 -----
07 759349 SAQUE NO BANCO 24
HORAS
07 000000 REMUNERAÇÃO CONTAMAX
CDB DI
09 647350 SAQUE NO BANCO 24
HORAS
12 452100 SAQUE NO BANCO 24
HORAS
12 041100 SAQUE NO BANCO 24
HORAS
12 28283 EMPRESTIMO CONSIGNADO
12 000000 REMUNERAÇÃO CONTAMAX
CDB DI
14 00768 EMPRESTIMO CONSIGNADO
SALDO ATUAL

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

conta corrente

PROTOCOLADO
03 ABR 2018
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00051.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00051.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:08 horas do dia 11 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Adrailton de Souza**, CPF nº 072.241.604-07, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aeroviário, filho(a) de Maria das Dores de Souza e Pai Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 15/12/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rodolfo Lins da Nóbrega, Nº 44, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Próximo Ginásio Renatão, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-1733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 101, Próximo a Fabrica de Tijolos Cincera, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/11/16 23:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

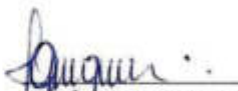
Local: Br 101, Próximo a Fabrica de Tijolos Cincera, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 24/11/16 23:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 24/11/2016, por volta das 23:00 hs, vinha conduzindo o veículo, tipo motocicleta, modelo: HONFDA CG 125 FAN KS, ano e modelo 2013/2013 de cor preta, placa: OGA8915/PB, Chassi nº 9C2JC4110DR719580, estando registrado em nome de DIEGO SIMÕES DE OLIVEIRA, portador do CPF nº 055.140.214-83; QUE segundo o notificante ao chegar na BR 101, pilotando o veículo, momento em que um animal atravessou (capivara) atravessou a pista vindo o notificante a colidir com o mesmo, que devido ao impacto o mesmo veio a cair e se lesionar, sendo socorrido por terceiro para Hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 30/11/2017 e boletim de entrada nº 963.370, ASSINADO PELO MÉDICO, Dr. José de Almeida Braga -CRM 2329/PB, que não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

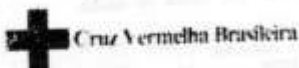
João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ADRAILTON DE SOUZA
Noticiante

PROTÓCOLO
03 ABR. 2018
JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00051.01.2018.1.00.420



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 963370



Identificação do paciente

ID 1109282	Nome ADRAILTON DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/12/1986	Idade 29 anos 11 meses 10 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA DAS DORES DE SOUZA	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade NAO INFORMADO	Pai NAO DECLARADO	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 32296188	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3213373	DDD Fixo
Local de procedência UPA SANTA RITA	Nº Cns	Fone Fixo
Email	Naturalidade SANTA RITA	Tipo UNIDADES SAUDE
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número SN	Complemento R RODOLFO LINS DA NOBREGA N 44 B POPULAR	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 25/11/2016 01:00:26	Número da pulseira 100004336111	Convênio SUS
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA
03 ABR 2016

TOMOGRAFIA	
TIPO ...	LAO N.º
DATA ...	25/11/16
HORA ...	01:59
NOME TEC. RAD.:	HYG
ASS.:	
CID	
Tempo	03min-17seg



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

00004336111
ORAILTON DE SOUZA BE.: 963370
T. NASC.: 15/12/1986
RE: MARIA DAS DORES DE SOUZA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

ND.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
SN.: POPULAR
ANTA RITA
ONE: ()
ELULAR: (63) 32296188
DADE: 28
T. ENTRADA: 25/11/2016 01:00:26

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente com história de acidente motorciclístico há + 2h; nega uso de capacete. Chupa o dedo, náuseas e vômitos, ardor abdominal na região da área. Apresenta hemorragias em face, pés e mãos e perda de consciência durante o atendimento inicial.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS

☒ Pervias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA:

() Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA

☒ Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

☒ Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

☒ Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

2- RUIDOS

() sim

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

☒ Não

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR:

Imp

SaO₂

%

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	☒	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	☒	Obedece aos comandos	☒
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 03 ABR 2016		SIA			

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ADRAILTON DE SOUZA
RUA JOAO FRANCISCO DE ARAUJO, 42 - POPULAR
SANTA RITA / PB CEP: 58301-585 (AG. 1)

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

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Classe/Sucesso: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B-230, Km-25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080

Roteiro: 2 - 9 - 213 - 3720 Nº nº idor: 0000051311 CNPJ: 09.095.182/0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº003.066.988

Ced. para Deb. Automático: 90001190446

Atendimento ao Cliente-ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Mar / 2018

07/03/2018

06/04/2018

7224160407

Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/119044-6

Canal de contato

- Furtos de energia são a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz. O furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
02/02/18	55802	07/03/18	55801	1	129	33
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. Icms (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)
0801	Consumo em kWh	129,000	0,714720	92,20	92,20	27
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			24,89	92,20	0,82
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			2,55	0,00	0
0803	CUSTO DE REGISTRAÇÃO NORMAL 02/2018			7,46	0,00	0
0806	PARCELAMENTO DE DÉBITO 01/10			80,84	0,00	0
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 03/2018			2,00	0,00	0
				0,00	0,00	0

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 194,85 92,20 24,89 92,20 0,82 2,57

Média últimos meses (kWh)

188

VENCIMENTO

14/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 164,85

Histórico de Consumo (kWh)

237 | 128 | 162 | 124 | 102 | 95 | 104 | 147 | 248 | 238 | 205 | 114
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

RESERVADO AO FISCO

5bc6 a6b5.ceb9.9bb1.ece0.66ad.62eb.9938.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - Santa Rita

	Limites da ANEL	Apurado	Unidade de Tensão
DIC MENSAL	5,55		220
DIC TRIMESTRAL	11,10		
DIC ANUAL	22,21		
FC MENSAL	3,42	0,00	202
FC TRIMESTRAL	8,85		
FC ANUAL	13,70		
OMC	9,20	0,00	201
DICR	12,22		

Composição de Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	34,42	14,83
Compra de Energia	38,89	17,45
Serviço de Transmissão	3,76	1,65
Encargos Setoriais	8,76	4,10
Impostos Diretos e Encargos	30,85	14,48
Outros Serviços	70,10	32,52
Total	164,85	100,00

Valor em USD (Ref. 1/2018): R\$ 77,19

ATENÇÃO

- Faturas Anteriores Parceladas, conforme contrato firmado.
- Letura confirmada.
- Contato Serviço: HOSP. NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 3606-8771
- Cancelamento de cobrança do convênio e emissão da fatura sem estas cobranças
- Ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

03 ABR. 2018
PROCOLO
JOÃO PESSOA

CARTEIRA DE PAGAMENTO

03 ABR. 2018

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV. NINHA ROSA 1166B
VILA ALBA
13133-150 JOAO FARIAS

PROTOCOLO
307013314887
AG. JOAO PESSOA

25/09/2017 194,64

BOLETO BANCARIO

046.502.754-74

Importante:

Valor devido de R\$ 194,64

Minha NET:

VIA DE FATURA, DEBITO AUTOMATICO E DÍVIDAS, AGENCE NET CO. 301

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 ALEXANDRA CESAR DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriailom de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.241.604-07 do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima Adriailom de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.241.604-07 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>JOÃO PEDRO</u>
Bairro <u>Mamaina</u>	Cidade <u>João</u>	Estado	CEP
Email <u>alexandracesarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4500</u>	Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>

João Rosa, 02 de abril de 2018
Local e Data
Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Diego Simões de Oliveira,
RG nº 2492546-2 data de expedição 06/02/2014,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 055140214-83, com
domicílio na cidade de Duque de Caxias, no Estado de
Rio de Janeiro, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Açulhos Negras, nº 131,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adriellom de Souza cujo o condutor era
Adriellom de Souza.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA PRETA
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS, ANO/MODELO 2013/2013.
Ano: 2013
Placa: OGA 8915
Chassi: 9C2JC4110DR719580
Data do Acidente: 24-11-18
Local e Data: João Pessoa, 28-03-18

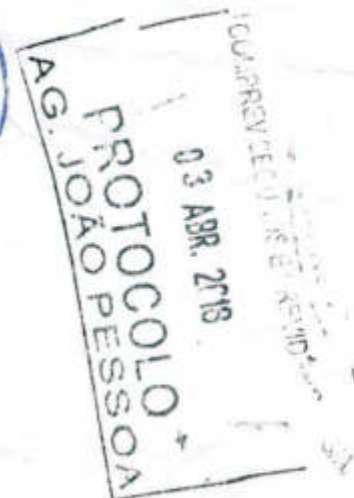
Diego Simões de Oliveira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º Ofício de Duque de Caxias
Rua Roberto Silveira 23 - Bairro 25 de Agosto - Duque de Caxias, RJ
CEP: 24010-900 - Tel.: (21) 2671-7000 - CNPJ: 20.945.711/0001-91 088716AA437653

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade:
DIEGO SIMÕES DE OLIVEIRA

DUQUE DE CAXIAS, 06/03/2018. Valor: 7,81
Em test. _____ da verdade. Conf. por _____
JESSICA CAROLINE DIAS OLAVO
ECLW 16436 MXE <https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ADRAILTON DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	15/12/86
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	963.370
DATA DO ATENDIMENTO	25/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	01:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE ESTILOIDE DA ULNA DIREITA
CID 10	S52.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência, sem desmaio e sem vômito. Apresenta escoriações em face, em MSD e em pé direito. Abdome, sem queixas. Pupilas fotorreagentes. Glasgow 14. TC de crânio: sem lesões intracranianas. Presença de escoriações de face. Presença de fratura de estiloide, da ulna direita.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada de crânio
RX de tornozelo direito AP/P
RX de antebraço direito AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Tala axilopalmar. Acompanhamento no HTOP.

ALTA HOSPITALAR:	25/11/16
DATA DA EMISSÃO:	30/11/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

7 - SEXO

Fem. ☐

4 - N° DO PRONTUÁRIO

963340

8 - RACIA/COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

40 - OBSERVAÇÕES

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Desorientação + amnésia

03 ABR. 2018
AG. JOÃO**SOLICITAÇÃO**

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA ABAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

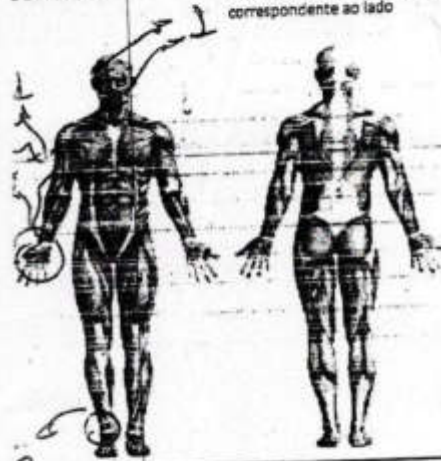
55 - CNES

IF SECUNDARIO

IA: ☒ Não () Sim: _____
 TAMENTOS: ☒ Não () Sim: _____
 IZACÃO: ☒ Não () Sim: _____
 LOGIA: ☒ Não () Sim: _____
 ENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

L DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- 1 Abrasão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Efisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante

- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendínea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 36

IMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

MES SOLICITADOS

☒ Radiografias
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada

() Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

EDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

Exame de
Diplopia 20+ Ab. Cu
Cetorrea 100mg Olamp + Ab. Cu
Exame de 25000 3M
Alta da cirurgia geral

Maryne Morais
 Cirurgião Geral
 CRM-PB 8255

LICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da BKIP / ORNO às _____ do dia _____
 Solicito parecer da UCR / _____ às _____ do dia _____

STINO DO PACIENTE

ATA _____
 DA _____
 JDA _____
 RAS: _____

() Centro cirurgico
 () Transferencia (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs.

() A reavalia () Desistência
 () Família () JML () SVO

ATURA/CARIMBO

ASSIN

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1

AGUAPROTOCOSSO
 03 APR 2010
 CUI PREVENIR



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000164349

Paciente: ADRAILTON DE SOUZA

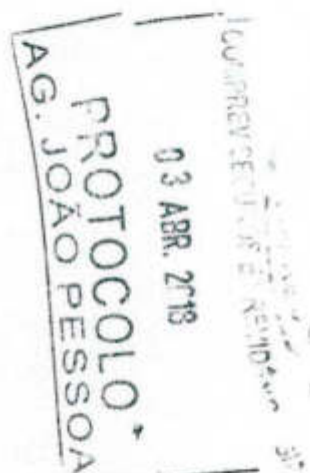
Idade: 29 anos

Data: 25/11/2016

RADIOGRAFIA TORNOZELO DIREITO

Controle de fratura, com haste e parafusos de fixação.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 25/11/2016 09:51.



Dra. Phydias L. F. de Carvalho
CRM: 6933- PB

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: Adriano de Souza IDADE: 39
DESTINO: HEI SHL DATA E HORA DA ADMISSÃO: 24/11/16 ÀS 23:45 H
CONTATO PRÉVIO: Lilian - Medicamento DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 25/11/16 ÀS 00 H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: 130x90 FR: 70 FC: 70 TEMPERATURA: 36,5
Paciente consciente, com acidente de motocicleta há +1- Otorrhea, com hemato-
ma em hemiface direita e incontinência em MSD e joelhos. Estava sem capacidade
nega vômito, nega perda dos sentidos.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

5F0197 500ml (EV)
Dipirona 500mg

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Rx de punho D

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

TCE leve

OBSERVAÇÕES:

Solicitado avaliação da neurocirurgia.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Cibelle Amorim Ricarte
Médica / CRM-PB 8036
CNS: 702506726447340

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME AISELTON DE SOUSA	
DOC. IDENTIDADE / C.R.E. BRASILEIRO	3213373 887 PB
CIV	072.241.604-07
DATA NASCIMENTO	15/12/1986
FUNÇÃO MARIA DAS DORES DE SOUSA	
PERMISSÃO	ACC CATEG
031756679630	14/12/2017 05/04/2013
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 30/01/2013
ASSINATURA DO EMISSOR 85500194091 PB025511483	
DETRAN - PB (PARAÍBA)	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 693810765

PROIBIDO PLASTIFICAR 693810765

03 ABR. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



07833220

Assinatura do Titular da Carteira



SECRETARIA DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de Inscrição

046.502.754-74

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nascimento

17/12/2008

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todas as fins legais. (Art. 12 da Lei nº 6.906, de 04/07/2004)

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

Seção da Paraíba

da Paraíba

Inscrição Nº

14435

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RIO DE JANEIRO/RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/08/1980

Data de Compromisso no OAB

17/12/2008

Data de Entrega do Livro

30/01/2007

Data de Expedição

12/01/2009

Jose Mario Porto Junior

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180151975 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRAILTON DE SOUZA **Data do acidente:** 24/11/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM FACE, BRAÇO E PE DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes: ESCORIAÇÕES

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Adriailton de Souza,
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
Aeroviário, CI RG nº 3213373,
CPF/MF nº 072.241.604-07, residente e domiciliado(a) à Rua
João Francisco de Araújo - Popular 42,
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58301-565, telefone
83-8663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Santa Rita, 28 de março de 2018.

Ofício de Notas e
Registro de Imóveis
Santa Rita - PB

Adriailton de Souza

OUTORGANTE

2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAÍBA
RUA CARVALHO DE OLIVEIRA, 111 - JARDIM SÃO JOÃO - 58301-565
FONE: (83) 3213-3733
E-MAIL: oficio@oficiodnotas.pb.gov.br
www.oficiodnotas.pb.gov.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: Adriailton de Souza
a test. da verdade. Santa Rita - PB 28/03/2018 11:05:36
Sandro Rolim Dantas - Escrevente
2018-000998 JENL:R1 19 48 FAPEN:R1 0,28 FEP:R1 1,90 ISS:R1 0,47
ELO DIGITAL: AGP58875-627L
confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>

Sandro Rolim Dantas
crevente Autorizado