

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marileide da Silva

RG nº 2.755.467, data de expedição 27/04/2000 Órgão SSP - PB

CPF nº 042.101.784-89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residô no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	<u>Rua Projetada</u>
Número	<u>0</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Qualterina</u>
Cidade	<u>Água Branca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58748000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)99635-9484 / (83)99630-1658 / (83)3421-8003</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Água Branca - PB; 29/ Junho / 2017.

Assinatura do Declarante: Marileide da Silva



MAURICIO JOSÉ DA SILVA
RUA PROJATA D. GUALTERRA
AGUA BRANCA/PB CEP: 58740-000



Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 91230, Km 25 - Grilo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Referência: Mai / 2017
Emissão: 22/05/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.021.502
Código para Débito Automático: 0001652163

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 51652163-5

Mai / 2017

Apresentação

22/05/2017

Data prevista para próxima leitura

22/08/2017

CPF/CNPJ/RAN

Faturas em atraso

29/03/2017

24/02/2017

27/01/2017

Histórico de Consumo (kWh)

Abri17

Mar17

Jun17

Set16

Dez16

Mar17

Med. dos últimos meses

Anterior

Atual

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

5e3e.eeab.9a97.d4ab.e483.9f18.5c6a.09b0

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	25,74	22,38
Compra de Energia	34,73	30,17
Serviço de Transmissão	1,71	1,54
Energia Solarizada	0,28	0,25
Imposto Direto e Encargos	42,60	37,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	115,12	100,00

ATENÇÃO

REAVISO: Caso o(a) cliente(a) tenha em atraso o pagamento de sua fatura, a suspensão de energia elétrica será automática a partir de 10 dias após o vencimento da fatura. O pagamento de 20% da fatura em atraso suspende a suspensão de energia elétrica. Caso o(a) cliente(a) não pague a fatura em atraso, a suspensão de energia elétrica será automática a partir de 10 dias após o vencimento da fatura. O pagamento de 20% da fatura em atraso suspende a suspensão de energia elétrica. Este prazo não vale para as faturas em atraso reavisdadas, pois estas a suspensão de fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 10 dias após o vencimento da fatura. Fatura suspensa a inclusão em grupos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Leia atentamente o regulamento.

VENCIMENTO 29/05/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 115,12

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. PRESIDENTE EPITACIO PESSOA, 267
58700-020 - PATOS - PB

EMMANOELA S P V SOU
R TITICO GOMES 405
58700-970 - PATOS - PB



CAIXA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marileide da Silva
RG nº 2.755.767, data de expedição 27/04/2017 Órgão SSP - PB
CPF nº 042.101.784-89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo
comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço
abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	<u>Rua Proxhada</u>
Número	<u>0</u>
Apto / Complemento	<u>Carra</u>
Bairro	<u>Qualterina</u>
Cidade	<u>Água Branca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58428000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99635-9484 / (83) 99630-1658 / (83) 3421-8003</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Água Branca - PB; 29 / Junho / 2017

Assinatura do Declarante:

Marileide da Silva



CÓPIA

Office of the Director, FBI
 Bureau, 12-178-375, 15
 500 Michigan, 600-375000

Reference: Mail 7017
Emitted: 23/05/2017

Energisa
 EMPRESA PARA A DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 225 - CRUZEIRO DO SUL - JARDIM PARECIS - FLORESTA - CEP 38071-100
 CAMPUS 107-0001-00000001 - R. E. L. 16 011 0273-0

Mola Forças Geradas de Energia - 00001 0273-5000
 Caixa Postal 01116-00000001 - CEP 01116-0001

1-800-451-7243 • www.fiberline.com

Unidad de Consumo	165	63-5
-------------------	-----	------

Mail 62013

Copyright © 2005 by Elsevier Inc. All rights reserved.

Correspondence: maria.fernanda.fernandes@ufpr.br

© 1997 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This publication is protected by copyright. Any unauthorized distribution or reproduction of this work is prohibited. For more information, contact The McGraw-Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York, NY 10020-1095.

Downloaded from <http://www.jstor.org/stable/2346191> Tue, 27 Jun 2016 12:43:30 UTC

DATE: 22/06/2017

NCPH/NPIA	RANIE
CSC/CSC	Anterior - P.O. Alinal - Kms Constante - Consumo en Blact

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

740701
740701

(Continued)

CONTROL IN PUEBLO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Historia de Consumo

4071

100-443887-100

100-443887-100

[illegible]

COFAS	10/1/74	10/1/74	10/1/74
-------	---------	---------	---------

PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR
------------------	----------------------

[illegible]

5030.e0ab.9a97.d4ab.e483.9f18.5c8a.09b0.

Indicadores de Qualidade em Engenharia | Composição do valor total de sua conta

Limite	Apurado	Limite de desvio	Desvio	Obs	%
0,00	0,00	0,00	0,00	1	100,00
0,00	0,00	0,00	0,00	1	100,00

10.1	10.2	10.3	10.4	10.5	10.6	10.7	10.8	10.9	10.10	10.11	10.12	10.13	10.14	10.15	10.16	10.17	10.18	10.19	10.20	10.21	10.22	10.23	10.24	10.25	10.26	10.27	10.28	10.29	10.30	10.31	10.32	10.33	10.34	10.35	10.36	10.37	10.38	10.39	10.40	10.41	10.42	10.43	10.44	10.45	10.46	10.47	10.48	10.49	10.50	10.51	10.52	10.53	10.54	10.55	10.56	10.57	10.58	10.59	10.60	10.61	10.62	10.63	10.64	10.65	10.66	10.67	10.68	10.69	10.70	10.71	10.72	10.73	10.74	10.75	10.76	10.77	10.78	10.79	10.80	10.81	10.82	10.83	10.84	10.85	10.86	10.87	10.88	10.89	10.90	10.91	10.92	10.93	10.94	10.95	10.96	10.97	10.98	10.99	10.100
------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

FRONTIER	0.50	CONTRACT	0.00	0.00
FRONTIER	0.50	CONTRACT	0.00	0.00
FRONTIER	0.50	CONTRACT	0.00	0.00

35020 (M. 7120173) COMPE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

© 1997 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This book is protected by copyright. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from The McGraw-Hill Companies, Inc.

ESTO PRAZO NÃO VALE PARA A FATURAGEM DE VENDA DE OUTROS PRODUTOS

Política pública e o desenvolvimento econômico: o caso da indústria de calçados em São Paulo

ACQUA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

ENERGISA - 2013

1081797
Sira. 0911
09:04:42

081717
SIRE.0711
090442

CÓPIA

REV. 1.0
PREVENCIONIA SIA
2017-04-17

OLU
ESSOA

100

11/08/17 11:07:11
02:59:26

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. PRESIDENTE EPITACIO PESSOA, 267
58700-020 - PATOS - PB

EMMANOELA S P V SOU
RITICO GOMES 405
58700-970 - PATOS - PB

Comprovação de residência
58700-970-276R

11/08/17 11:07:11
02:59:26

CAIXA

COMPROV. SEGUR. E. R. VIGENCIA SIA.
10/08/2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

11/08/17 11:07:11
02:59:26

CÓPIA

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marileide da Silva

RG nº 2.355.467, data de expedição 27/04/2000 Órgão SSP - PB
 CPF nº 042.101.784-89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo
 comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço
 abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

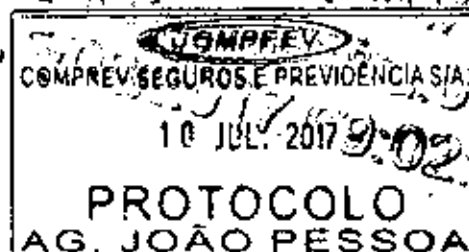
Logradouro	<u>Rua Projetada</u>
Número	<u>0</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Qualterina</u>
Cidade	<u>Água Branca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58748000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99635-9484 / (83) 99630-1658 / (83) 3421-8003</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Água Branca - PB; 29/ Junho / 2017

Assinatura do Declarante: Marileide da Silva

CÓPIA



CÓPIA

CÓPIA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marileide da Silva, portador(a) do

RG nº 2.755.767, expedido por SSP - PB, em

24/04/2000, CPF/CNPJ nº 042.101.784-88,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Robercio

Marcos da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Robercio Marcos da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Agricultora Renda Mensal: R\$ Pequeno-m

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, CONTA, SEM COMPROVANTE DE PROFISSÃO E RENDA.

Marileide da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V. DE S. ARAUJO, portador(a) do

RG nº 4672305, expedido por SSP-PE, em

04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Robercio

Marcos da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez
da vítima Robercio Marcos da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO,
CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V. DE S. ARAUJO, portador(a) do

RG nº 4672305, expedido por SSP-PE, em

04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marileide da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Robercio Marcos da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marilide da Silva, portador(a) do

RG nº 2.755.767, expedido por SSP - PB, em

27/04/2000, CPF/CNPJ nº 012.101.784-89

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marilide da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Roburcio Marcos da Silva, e conforme

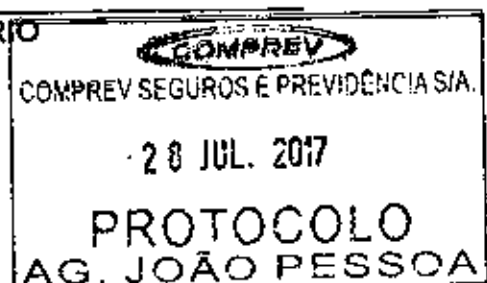
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Reuso Renda Mensal: R\$ Reuso

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA,
CONTA, SEM COMPROVANTE DE PROFISSÃO E RENDA

Marilide da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V. DE S. ARAUJO portador(a) do

RG nº 4672305, expedido por SSP-PE em

04/01/1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marilene

da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Juvalidez

da vítima Roberto Marcos da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.

ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



CÓPIA

DECLARAÇÃO

(Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro)

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marileide da Silva, portador(a) do

RG nº 2.455.367, expedido por SSP - PB, em

27/10/2000, CPF/CNPJ nº 012.101.784.897

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marileide

da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

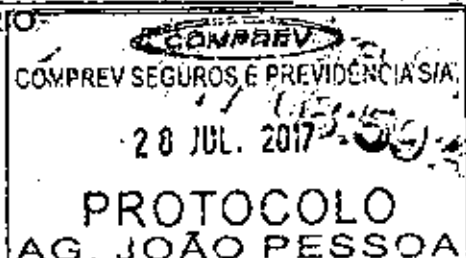
da vítima Roberto Marcos da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Ruivo Renda Mensal: R\$ Ruivo

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA,
CONTA, SEN COM PROVA DE PROFISSÃO E RENDA

Marileide da Silva
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



CÓPIA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marilide da Silva
 RG nº 2755767, data de expedição 27/04/2000
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 042.101.784-89, com
 domicílio na cidade de Araçuaí, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Marema S/N Zona Rural, nº S/N
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Roberto Marcos da Silva, cujo o condutor era
Marilide da Silva

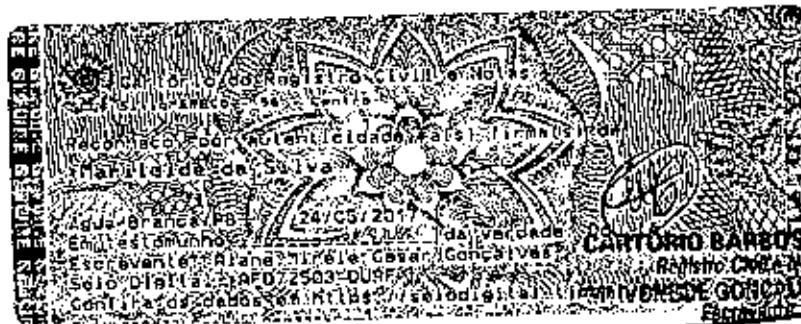
Veículo: Motor
 Modelo: Honda NXR 150 Bros ES
 Ano: 2014
 Placa: DFD 8813 PB
 Chassi: 9C2KDD550EP318159
 Data do Acidente: 05.11.2016
 Local e Data: Araçuaí - PB 24 de Maio de 2017

- Marilide da Silva

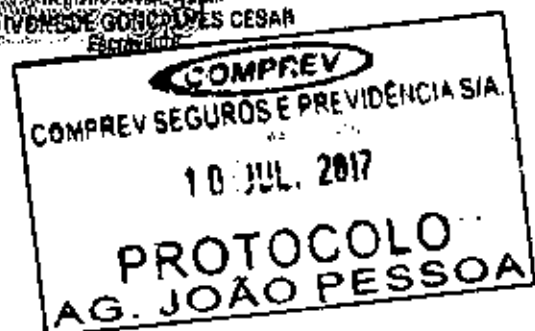


Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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



CARTÃO BARBOSA CESAR
 R. Manoel Gonçalves
 IMPIVONDE GONÇALVES CESAR





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marilene da Silva
 RG nº 2755767, data de expedição 27/04/2000
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 042.101.784-89, com
 domicílio na cidade de Araucária, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Marengo S/N Zona Rural, nº S/N
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Roberto Marcos da Silva, cujo o condutor era
Marilene da Silva

Veículo: Motor
 Modelo: Honda NXR 150 Bros ES
 Ano: 2014
 Placa: DFD 8813 PB
 Chassi: 9C2KDD550EP318159
 Data do Acidente: 05.11.2016
 Local e Data: Araucária - PB 24 de Maio de 2017

- Marilene da Silva

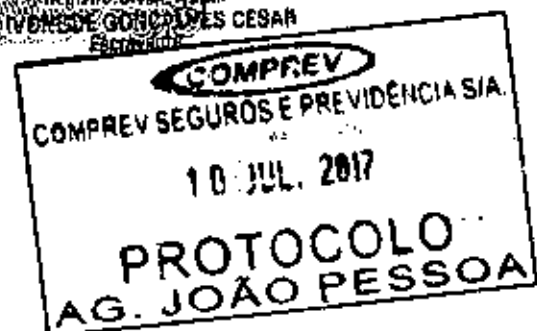


Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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



CARTÃO BARBOSA CESAR
 Registro Civil nº 184
 Identificação nº 184



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Marileide de Silva

RG nº 2755767 data de expedição 27/04/2000

Órgão SSP-PB portador do CPF nº 042.108.784/89 com

domicílio na cidade de Araucária no Estado de Paraná

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Mareio SN Zona Rural nº SN

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Roberto Marcos de Silva, cujo o condutor era

Marileide de Silva

Veículo: Moto

Modelo: Honda NXR 150 Bros ES

Ano: 2014

Placa: DFD 8813 PB

Chassi: 9C2KDD550EP318459

Data do Acidente: 05.11.2016

Local e Data: Araucária - PB 24 de Novembro 2017

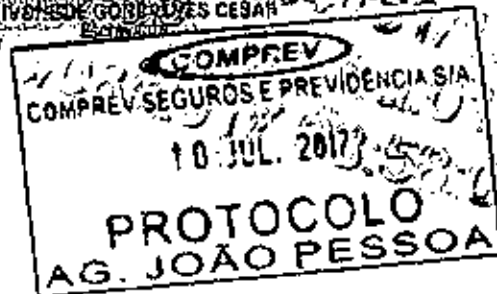
Marileide da Silva

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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

(Sem reconhecimento de firma)



CÓPIA



SUS
H.P.

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 280473 CNPJ: 08.738.288/0023706

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBRECA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

Atendimento: URGÊNCIA

Paciente: ROBERTO MARCOS DA SILVA

Mae: MARLEIDE DA SILVA

Idade: 12 Cor: PARDA

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: SÍTIO MERRÊCOS

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: ÁGUA BRANCA - PB - 58748-000 - 2500106

CNS: 8.998-0023-1757-9863

CPF: 8.998-0023-1757-9863

Data / Hora: 22/11/2016 08:44:35

Reg. Nasc: 11/11/1995

Recepção: 11/11/1995

84035

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

COMPLEXO

10 JUL 2017

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

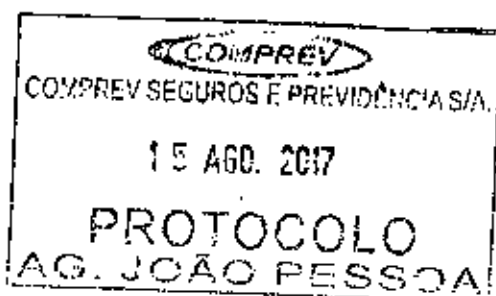
PROCEDEMENTO

PROCEDEMENTO

ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINÉSIO-FUNCIONAL

EU, Dra. Gisiane Cruz de Lima, Fisioterapeuta, CREFITO: 177553-F declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que ROBERCIO MARCOS DA SILVA foi vítima de acidente motociclistico no dia 05 de novembro de 2016 e que em decorrência disto sofreu fratura na clavícula esquerda além de contusão no pé direito. O paciente apresentou-se em bom estado geral, corado, hidratado, marcha normal. Referiu dores no ombro esquerdo mesmo antes de se proceder qualquer manobra semiológica, e todas as manobras realizadas de como teste de sobrecarga biomecânica, teste de falseio de ombro, resistência em rotação externa e teste de compressão da bursa sub-acromial, descritos na literatura deram positivo à visão deste examinador. Também realizados testes de confiabilidade (força muscular), mobilização e goniometria (diminuição da amplitude de movimento para abdução). Considero comprometimento funcional parcial para atividades que se torna necessária a repetitividade de movimento do ombro esquerdo, força muscular estática e elevação do ombro com carga acima de 90°, devido às características e evolução das lesões.

Obs: na ocasião para avaliação a vítima apresentou-se acompanhado de sua mãe, Marileide da Silva.



14 de agosto de 2016 – Patos/PB

Dra. Gisiane Cruz
Fisioterapeuta - CREFITO 177553-F
CPF: 070.472.454-57

Gisiane Cruz de Lima
Gisiane Cruz de Lima
(Fisioterapeuta)

RESOLUÇÃO Nº. 381/2010

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO nº. 381, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2010.

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições legais e regimentais, em sua 208ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP;

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;

CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987;

CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

Artigo 1º - O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus efeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentadoria por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativos ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

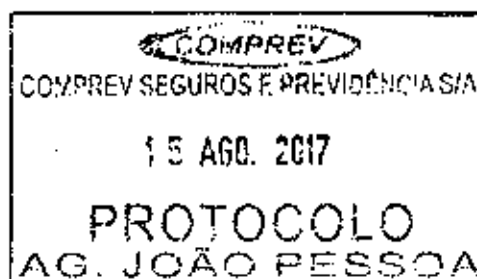
*** É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistência técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. *In casu*, o fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para entender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na Biofísica, Bioquímica, Cinesiologia, Biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, mediante promoção de movimentos ativos ou passivos dos próprios doentes, usando recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.

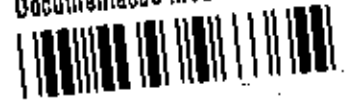
Atenciosamente, Gisiane Cruz de Lima

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 177553-F

e-mail: gclimafisio@hotmail.com

Dra. Gisiane Cruz
Fisioterapeuta - CREFITO 177553-F
CPF 070.427.854-52





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



LAMPO ORTOPEDICO

Atend ROBERTO
MARIOT DA SILVA

Spa de emergência
da unidade de UCI

05/11/16 queda

Fratura +
contusão eq.

Placa + fixação

em art. da
conduta

[Signature] 14/09/17

Stênio G. W. Araújo
CRM 1325 - CBO 223146
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Rua Horácio Nobrega, 305 - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

20 SET. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

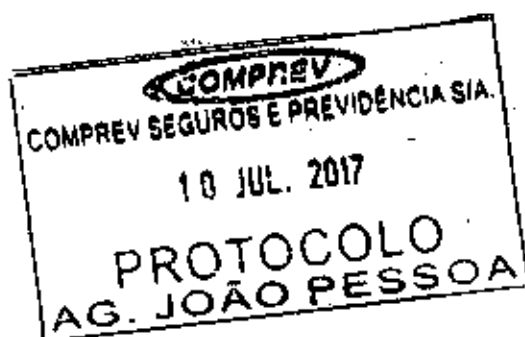
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
140.833.284-10

Nome
ROBERCIO MARCOS DA SILVA

Nascimento
01/12/2003

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REGISTRO GERAL 2755767 DATA DE EXPEDIÇÃO 27 ABR 2000

NOME MARILEIDE DA SILVA

FILIAÇÃO Amadeu Avelino da Silva
Mária Leuda da Silva

NATURALIDADE Água Branca -PB

DATA DE NASCIMENTO 30.05.1982

Cert.Nasc.Nº8457, Fls.63, Liv.A-9, Cart

DOC ORIGEM Água Branca -PB

CIT

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO CORREIOR

CEM 11/11/2008/80

91111111 de identificação

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

• DI.P-20



Manileide da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.101.784-89Nome
MARILEIDE DA SILVANascimento
30/05/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

0B22.7368.0146.6CFA

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereçowww.receita.fazenda.gov.brComprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:52:53 do dia 02/12/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 4.572.305 DATA DE EMISSÃO 04.01.1994

EMMANUELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza
Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.

NAT. TABIRA-PE. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

Cert. Nas. 1316 B.65 P.57 Cart. de Tabira-PE.

LEI Nº 116 DE 1993

CÓDIGO DE CONTROLE
06EA.S464.DC0C.B5A2



Emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Emmanuel S.P.V.S. Araújo
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

USADO SOMENTE COM MARCA O ABRA JUSTIÇA ELEITORAL

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

QUADRO DE DADOS

Emmanuel Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza

Nº 4.572.305 DATA DE EMISSÃO 04.01.1994

Antonio Xavier de Souza
Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.

NAT. TABIRA-PE. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

Cert. Nas. 1316 B.65 P.57 Cart. de Tabira-PE.

LEI Nº 116 DE 1993

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
140.833.284-10
Nome
ROBERCIO MARECS DA SILVA
Nascimento
01/12/2003
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
10 JUL. 2017
PROTOCOLADO
AGUAO PESSOA

CÓPIA

15/08/2017 09:00:17
 IDENTIFICACAO
 15/08/2017 09:00:17

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 4.672.305 DATA DE EMISSÃO 04.01.1994

EMMANUELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza
 Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

NATURAL DE Tabira-PE DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

Carteira de Identificação Nº 1316 D. 66 R. 57 Cart. de Tabira-PE.

LEI Nº 11.066/2006

15/08/2017 09:00:17
 IDENTIFICACAO
 15/08/2017 09:00:17

CÓDIGO DE CONTROLE 06EA5454DC0C.B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)
 dígito Verificador 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

10 JUL. 2017

PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA COOPERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA

EMMANUELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

15/08/2017 09:00:17

15/08/2017 09:00:17
 IDENTIFICACAO
 15/08/2017 09:00:17

CÓPIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2755767 DATA DE EXPEDIÇÃO 27 ABR 2000

NOME MARILEIDE DA SILVA

FILIAÇÃO Amadeu Avelino da Silva
Mária Leuda da Silva

Residência Água Branca - PB DATA DE NASCIMENTO 30.05.1982

Cert. Nasc. Nº 8457, Fls. 63, Liv. A-9, Cart. Água Branca - PB

Assinatura do Titular

Carteira de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P-20

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 042.101.784-89

Nome MARILEIDE DA SILVA

Nascimento 30/05/1982

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
0B22.7368.0146.6CFA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:52:53 do dia 02/12/2016 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA

10 JUL 2017

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

ASL-0234061717

admission control

02/12/2016 09:03:10

00000000000000000000

[illegible][illegible]

10 JUL. 2017

PROCOLO
AGUAO PESSOA

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 08.745.608/0001-91
35838-1239711-701.90514

DEF-2012

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264061/17
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
CPF: 140.833.284-10

Data do Acidente: 05/11/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: ROBERCIO MARCOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARILEIDE DA SILVA : 042.101.784-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ROBERCIO MARCOS DA SILVA : 140.833.284-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/07/2017
Nome: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S
ARAJO
CPF/CNPJ: 029.848.084-01

Data: 10/07/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Contribuintes do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264061/17
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
CPF: 140.833.284-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/11/2016
Titular do CPF: ROBERCIO MARCOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
OUT
Outros

Outros

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARILEIDE DA SILVA : 042.101.784-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ROBERCIO MARCOS DA SILVA : 140.833.284-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/07/2017
Nome: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO
CPF/CNPJ: 029.848.084-01

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/07/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CÓPIA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315882/17

Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA

CPF: 140.833.284-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/11/2016

Titular do CPF: ROBERCIO MARCOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARILEIDE DA SILVA : 042.101.784-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ROBERCIO MARCOS DA SILVA : 140.833.284-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2017

Nome: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

CPF/CNPJ: 029.848.084-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2017

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 109.758.064-40

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170452163 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 05/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170452163 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 05/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170452163 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 05/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VITIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+), LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ROTAÇÃO EXTERNA E DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO EM 20°, ATROFIA MUSCULAR RELATIVA, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMI J POR UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

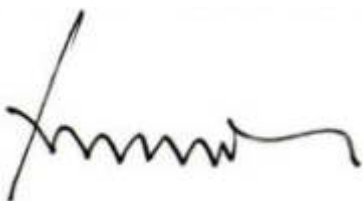
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Marilide da Silva
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
 Profissão: Agrônoma
 Identidade: 8755767 CPF: 042.101.789-89
 Endereço: Sítio Menusim Área Rural - Ara Branca - PB

OUTORGADO:

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

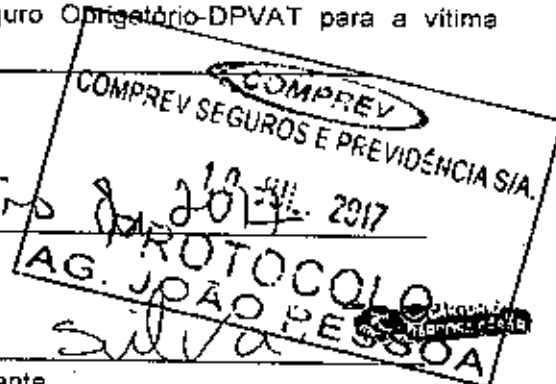
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de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

Roberto Marcos de Silva

Ara Branca - PB 24 de Maio de 2017
 Local e data

- Marilide da Silva

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Marilide da Silva Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Agrônoma Identidade: 2455367 CPF: 042.101.784-89
Endereço: Sítio Menino SIN Área Rural - Ara Bombo - PB

OUTORGADO:

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

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

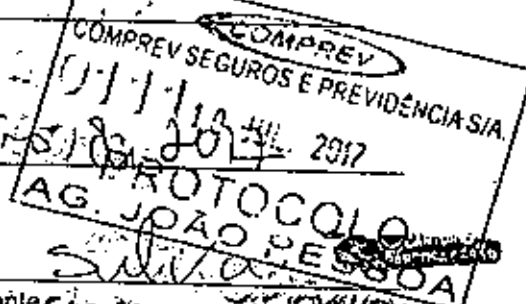
Roberto Marcos de Silva

Ara Bombo - PB 24 de Março de 2017
Local e data

Marilide da Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



CÓPIA

**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

Nome do(a) Examinado(a): **ROBERCIO MARCOS DA SILVA** Sinistro: **3170452163** Data: **05/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, CASA - GUALTERINA - Água Branca - PB - CEP 58748-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2755767**

Data local do exame: [**13/10/2017**] **Patos** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA . AO EXAME VITIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+), LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ROTAÇÃO EXTERNA E DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO EM 20°, ATROFIA MUSCULAR RELATIVA, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMI J POR UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11522860

A/C: MARILEIDE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170452163 ASL-0315882/17
Vitima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
Data Acidente: 05/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2017

Carta nº: 11753538

A/C: MARILEIDE DA SILVA

Sinistro: 3170452163 ASL-0315882/17
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
Data Acidente: 05/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

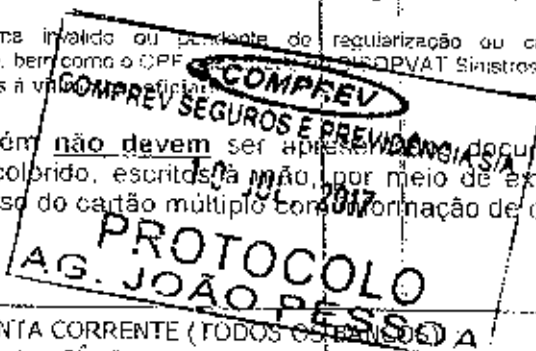
Eu Marilade da Silva
PORTADOR (A) DO RG Nº 2.355.764 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 27/04/2000
CPF/CNPJ Nº 042.101.789.89 PROFISSÃO Agricultora
E RENDA MENSAL DE R\$ Ricco (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO DE REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA
Roberto Menezes da Silva AUTORIZO A
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogravação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular.
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal.
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal).
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura da conta como documento comprobatório de dados bancários).
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF do SINISTRO DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito).
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 178-172-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Água Branca - PB, 29/Junho/2017 LOCAL E DATA
Marilade da Silva ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.345/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 28/06/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0043 PATOS OPER: 013 CONTA: 178.172-0
PERIODO: 28062017 ATE: 28062017 CPF: 042.101.784-89
NOME: MARILEIDE DA SILVA VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	--------	-----------	---------	-----------	-----------

SALDO EM 27/06/2017 R\$

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	TEF3442C
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR

COMPREV

PREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

10 JUL 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Date: 28/06/2017 Time: 14:04:50

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu Marilúde da Silva
PORTADOR (A) DO RG Nº 2.755.767 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 27/04/2000
CPF/CNPJ No. 042.101.789-89 PROFISSÃO Agricultora
E RENDA MENSAL DE R\$ Ricco (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA
Roberto Marcos da Silva AUTORIZO A
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório de dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 178.172-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Aguá Branca - PB, 29/Junho/2017
LOCAL E DATA

Marilúde da Silva
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com o plano de seguro previsto na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022424.



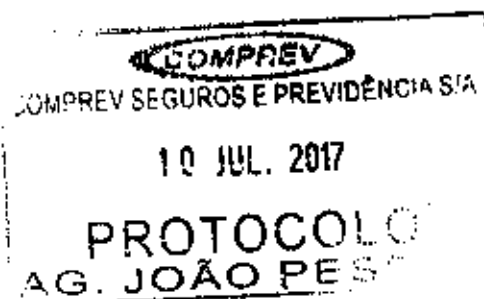
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 28/06/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO,INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0043 PATOS OPER: 013 CONTA: 178.172-0
PERIODO: 28062017 ATE: 28062017 CPF: 042.101.784-89
NOME: MARILEIDE DA SILVA VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. RS
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. TEF3442C
F12 FINALIZAR





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu Marielide da Silva
PORTADOR (A) DO RG Nº 2.355.767 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 23/04/2000
CPF/CNPJ No. 042.101.789.891 PROFISSÃO Agricultora
E RENDA MENSAL DE R\$ Raio (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
REFERENTE A INDENIZAÇÃO REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA
Roberto Marcos da Silva
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCÍOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa, ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório de dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 178-172-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 178-172-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Agua Branca, PB, 29/06/2017
LOCAL E DATA

Marielide da Silva
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com o plano de seguro previsto na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodoitranzila.com.br ou ligue para o SAC-OPVAT 0800-022428.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JUL 2017

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 28/06/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
AG: 0043 PATOS OPER: 013 CONTAS: 178.172-0 PAG: 001
PERIODO: 28062017, ATE: 28062017 CPF: 042.101.784-89
NOME: MARILEIDE DA SILVA VLR.BLO.JUD: 000.01-00

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. TEF3442C
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANÇAR PAG. F12 FINALIZAR

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PES



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL
16ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE ÁGUA BRANCA/PB

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRENCIA

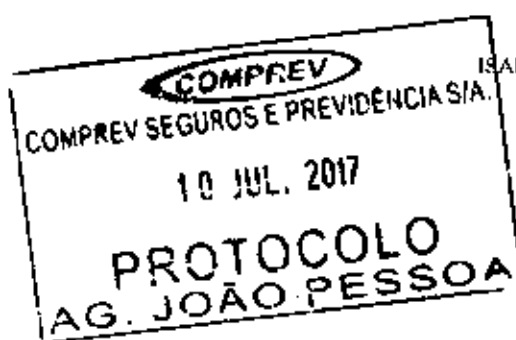


CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 113/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 12 dias do mês DEZEMBRO de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o Del. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta das 11h32min, compareceu o senhor: MARILEIDE DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultora, nascido aos 30/05/1982, filho de Amadeu Avelino da Silva e Maria Leuda da Silva, residente no Sítio Mereco, zona rural de Água Branca/PB. Notificando QUE: que no dia 05/11/2016 por volta das 15h30min, seguia guiando uma moto e que seu filho Robercio Marcos da Silva seguia na garupa da moto, que seguiam sentido Sítio Mereco para a cidade de Água Branca, quando já na entrada do Barro Vermelho ao passar por uma lombada a declarante perdeu o controle da moto e caíram, que a declarante o Robercio foram socorridos pela ambulância e levados para o Hospital de Água Branca, que a declarante sofreu apenas arranhões, que seu filho Robercio Marcos sofreu vários arranhões pelo corpo, quebrou a clavícula, e machucou o dedo do pé direito, que Robercio recebeu os primeiros socorros no Hospital de Água Branca e em seguida foi transferido para o Hospital Regional de Patos onde foi atendido e liberado em seguida, a moto que a declarante guiava era uma HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO FAB/MOD 2014, PLACA OFD 8813/PB, CHASSI 9C2KD0550ER318759, EM NOME DE MARILEIDE DA SILVA. QUE a declarante não possui Carteira Nacional de Habilitação. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

NOTIFICANTE: Marileide da Silva

ÁGUA BRANCA/PB, 12 de dezembro de 2016.



ISABELLA CRISTINA SOARES GOMES
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO
Mat. 168.55

DELEGACIA
DE
ÁGUA BRANCA-PB

Autêntica a presente cópia, reprodução fiel do original que se apresentou. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 03/07/2017 11:48:47
Arlene H. Xavier Dantas - Tabelião Substituta
[2017-014620] EPOL:R4 2,31 FAPEN:R4 0,27 FEPJ:R4 0,46 ISS:R4 0,07
SELO DIGITAL: AFR91943-DHSH
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL
16ª DELEGACIA-REGIONAL-DE-POLICIA-CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE ÁGUA BRANCA/PB

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

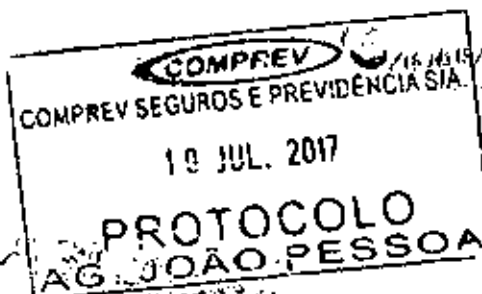


CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 113/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 12 dias do mês DEZEMBRO de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o Del. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta das 11h32min, compareceu o senhor: MARILEIDE DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultora, nascido aos 30/05/1982, filho de Amadeu Avelino da Silva e Maria Leuda da Silva, residente no Sítio Mereco, zona rural de Água Branca/PB. Notificando QUE: que no dia 05/11/2016 por volta das 15h30min, seguia guiando uma moto e que seu filho Robercio Marcos da Silva seguia na garupa da moto, que seguiam sentido Sítio Mereco para a cidade de Água Branca, quando já na entrada do Barro Vermelho ao passar por uma lombada a declarante perdeu o controle da moto e caíram, que a declarante e Robercio foram socorridos pela ambulância e levados para o Hospital de Água Branca, que a declarante sofreu apenas arranhões, que seu filho Robercio Marcos sofreu vários arranhões pelo corpo, quebrou a clavícula e machucou o dedo do pé direito, que Robercio recebeu os primeiros socorros no Hospital de Água Branca e em seguida foi transferido para o Hospital Regional de Patos onde foi atendido e liberado em seguida, a moto que a declarante guiava era uma HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO FAB/MOD 2014, PLACA OFD 8813/PB, CHASSI 9C2KD0550ER318759, EM NOME DE MARILEIDE DA SILVA. QUE a declarante não possui Carteira Nacional de Habilitação. - O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

NOTIFICANTE:

ÁGUA BRANCA/PB, 12 de dezembro de 2016.



ABELLA CRISTINA SOARES GOMES
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO

DELEGACIA
DELEGADO
ÁGUA BRANCA-PB

16ª DELEGACIA-REGIONAL-DE-POLICIA-CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE ÁGUA BRANCA/PB

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se apresentou. Em testemunha da verdade.
Patos-PB 03/07/2017 11:48:47
Arlene R. Xavier Dantas - Tabelião Substituta
(2017-014620) EPIOL: R\$ 2,31 FAPENIM: 0,27 FEPO: R\$ 0,48 ISS: R\$ 0,07
SELO DIGITAL: AFR91943-6134
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CÓPIA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA D



Eu, Marileide da Silva
portador(a) da carteira de identidade nº 2.755.767, e inscrito(a) no CPF/MF
sob o nº 042.101.784-89, residente e domiciliado (a) na
Rua Projetada O. Gualterina, Cidade Aqua Branca,
Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

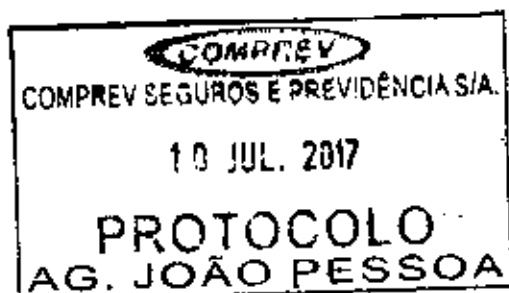
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de IPA causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML,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

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

- Marileide da Silva

Assinatura do(a) declarante
conforme documento de identificação

Aqua Branca-PB; 29/ Junho/2017





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartório Barbosa César

Baltazar Barbosa César – Oficial
 Maria Ivonete Gonçalves Cesar –
 Escrevente Encarregada
 Rua Major Inocêncio nº 56- centro
 CEP- 58748-000- Fone (0**83) 431-1117

NASCIMENTO Nº 13131

CERTIFICO QUE, às fls. 032v, do livro A-13 de Registro de Nascimento, foi feito o assento de nascimento **Robercio Marcos da Silva**, nasceu no dia **um (01) de dezembro (12) de dois mil e três (2003)**, às 15:30 horas, em **AGUA BRANCA - PB**, do sexo masculino, Filho de **Angelo Marcos da Silva e Marileide da Silva**, agricultores.

São avós paternos **José Antonio da Silva e Maria José da Silva** e maternos **Amadeu Avelino da Silva e Maria Leuda da Silva**.

Foi declarante: o pai. Serviram de testemunhas as constantes no termo.

Observação: Registro feito gratuitamente.

O referido é verdade e dou fé.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS PREVIDENCIA S/A.

10 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

- PB, 11 de dezembro de 2003.

Barbosa Cesar
 Serviço Notarial e Registral
 Baltazar Barbosa Cesar
 - TITULAR
 Mª Ivonete Gonçalves Cesar
 - ESCRIVÃO ENCARGADO -
 CEP. 58748-000 AGUA BRANCA-PB.



AGUA BRANCA PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS
HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
Rua José Pedro Firmino, sr - Centro, Água Branca - PB
CNPES: 2605430 CNPJ: 10.502.869/0001-98
DI/ATENDIMENTO: 05/11/16 TURNO: FOLHA:

PACIENTE

NOME: Roberto Mance da Silva

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 01/12/03 IDADE: 12 ANOS RG: _____

PROFISSÃO: Estudante CPF: _____

ENDEREÇO: St. Meneco

CIDADE: Água Branca - PB CENS: 898002317579863

RACIA/COR

☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - PARDA
☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente trazido pela mãe com relato de
queda de mola, com presença de dor em
região clavicular (E).

Ao exame ver e toque em clavícula (E).

Escaneios difusos pelo corpo.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Digoxina 0,5mg/ml: 1 amp, 1m, 1amp.
2. Diplova - 500mg/ml: 1 amp + 1amp 10, 10, 10.
3. Injeção
4. Encomendado ao serviço de referência.

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☒ 01 - ELETIVO
☒ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO
☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO SEGUNDO PREVIDÊNCIA SIA

Fratura de clavícula.

11-III-2017 CID-10

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA
☐ NÃO APLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

1- 030496001611
2- _____
3- _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

Dr. Adriano Siqueira

CNS CRM-PB 10523 CBO CRM

ASS DO PACIENTE / ACOPIANTE OU RESPONSÁVEL

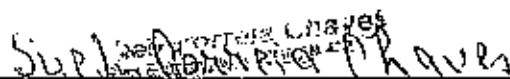
PLACAS DIRETO

x Angela marcos da Silva

DECLARAÇÃO

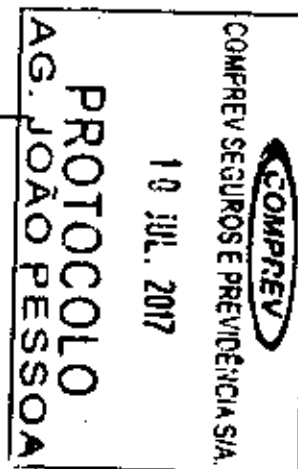
Declaro para os devidos fins que **ROBÉRCIO MARCOS DA SILVA**, vítima de acidente de trânsito no dia 05 de novembro de 2016, foi socorrido pela ambulância do Município de Água Branca trazido para o Hospital **M^a QUITÉRIA DE OLIVEIRA** e no dia seguinte foi transferido para o **HOSPITAL REGIONAL DE PATOS**.

Água Branca, 13 de junho de 2017.



SUELI CORREIA CHAVES

Diretora Administrativa



Comprovação de ato declaratório



HOSPITAL MUNICIPAL

Quitéria Maria de Oliveira

Construído na Administração de José Firmino de Oliveira, 1977-1982

DECLARAÇÃO

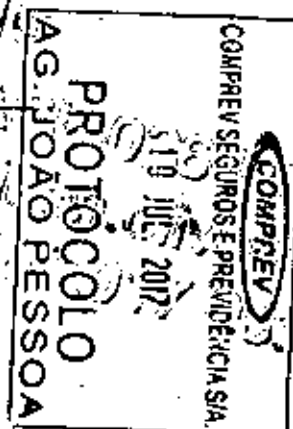
Declaro para os devidos fins que
ROBÉRCIO MARCOS DA SILVA, vítima de acidente de
trânsito no dia 05 de novembro de 2016, foi socorrido
pela ambulância do Município de Água Branca trazido
para o Hospital M^a QUITÉRIA DE OLIVEIRA e no dia
seguinte foi transferido para o HOSPITAL REGIONAL
DE PATOS.

Água Branca, 13 de junho de 2017.

SUELI CORREIA CHAVES

SUELI CORREIA CHAVES

Diretora Administrativa



CÓPIA

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: 18/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILEIDE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000178172-0

Nr. da Autenticação FD957CEC2CEB9A4A



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marileide da SilvaRG nº 2.755.767, data de expedição 27/04/2000 Órgão SSP - PBCPF nº 042.101.784-89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	<u>Rua Projetada</u>
Número	<u>0</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Qualterina</u>
Cidade	<u>Água Branca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58748000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)99635-9484 / (83)99630-1658 / (83)3421-8003</u>
E-mail	<u>emmanuela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Água Branca - PB; 29 / Junho / 2017.Assinatura do Declarante: Marileide da Silva

MAURICIO JOSÉ DA SILVA
RUA PROJETADA, D. QUALTERRA
AQUA BRANCA (PB) CEP: 58000-000 (40, 155)

Cidade/Bairro: RESIDENCIA
Referência: Mai/2017
Nº medidor: 0000572666

RESIDENCIAL MONOFASICO Br 220, Km 25 - Córrego da Sade - João Pessoa/PB - CEP: 58071-080
Referência: Mai/2017
Emissão: 22/05/2017



ENERGISA P.B. S/A - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.553.000/0001-40 - Ins. Est. 15.015.803-0

Nota Fiscal/Contrato Energia Elétrica Nº001.021.902
Código para Débito Automático: 00016521635

Atendimento ao Cliente: 0800.083.0196

Conta referente a: UE (Unidade Consumidora) 151652163-5

Mai/2017

Apresentação

22/05/2017

Data prevista da próxima fatura

22/06/2017

CPF/CNPJ/RAR

Faturas em atraso

20/05/2017

24/05/2017

27/05/2017

Histórico de consumo

20/05/2017

24/05/2017

27/05/2017

20/05/2017

24/05/2017

27/05/2017

20/05/2017

24/05/2017

27/05/2017

20/05/2017

24/05/2017

27/05/2017

20/05/2017

24/05/2017

27/05/2017

20/05/2017

24/05/2017

27/05/2017

20/05/2017