

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Cesar Duarte, inscrita (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Allef Hiago da Silva, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 112.390.924-58, do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima
Allef Hiago A. da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.390.924-58, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Av. Maria Rosa</u>		Número	<u>58</u>	Complemento	
Bairro	<u>Mamãeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>alexandracesarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>9105-5363</u>	Telefone celular (DDD)	<u>98663-4960</u>

João Pessoa 31 de maio de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), ALLEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA, portador de RG 3088734 - SSPPB foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 11:00 até as 11:04, sendo portador de afecção CID - T911+S521. Portador de seqüela de fratura da cabeça do radio d.com encurtamento radial e amputação da cabeça.

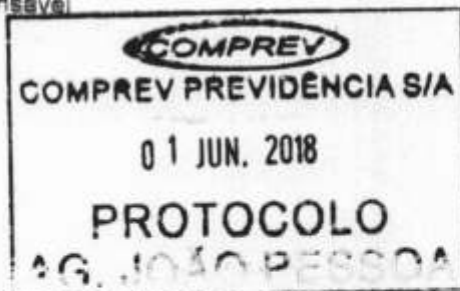
J.PESSOA, 27/03/2017


GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO
Médico ortopedista - CRM - 6773

Autorização

Eu, ALLEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ALLEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	29/09/93
NOME DA MÃE	MARCIA CRISTINA DA SILVA ALBUQUERQUE

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	942.939
PRONTUÁRIO N.º	66.776
DATA DO ATENDIMENTO	25/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	17:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO COTOVELO DIREITO
CID 10	V-24 + S 52.1.0

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN. 2018
PROTOCOLADO
105088822

AValiação Inicial:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS, RESGATADO PELO SAMU, EM USO DE CAPACETE, QUEIXANDO-SE DE DOR EM COTOVELO DIREITO. GLASGOW 15 + ESCORIAÇÕES + FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA (PEQUENA) NO JOELHO DIREITO.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO COTOVELO DIREITO- RELATO COT- FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO

TRATAMENTO

PACIENTE SOLICITA ALTA À PEDIDO, PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

ALTA HOSPITALAR:	28/08/2016
DATA DA EMISSÃO:	20/01/2017


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRE
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN. 2018
PROT

01 JUN. 2018

49. JUN. 2018
PROTOCOLLO

NOME DO PACIENTE:		B.E./ PRONTUÁRIO	
SETOR:		DATA:	LEITO:
MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO		ARMAZENAMENTO	QUANTIDADE
OBSERVAÇÃO			
1 - Queto 100mg		Atenção	04 16
2 - Dipirona 500mg 1 comp		04 12	20
3 - Paracetamol 500mg 1 comp		5/N	
4 - Mianserina 4mg 0.5 comp + 40, 80, 160, 320, 640			
5 - Ceftriaxona			
6 - Atorvastatina			
7 - Enalapril			
8 - Clopidogrel			
9 - Clopidogrel			
10 - Clopidogrel			
11 - Clopidogrel			
12 - Clopidogrel			
13 - Clopidogrel			
14 - Clopidogrel			
15 - Clopidogrel			
16 - Clopidogrel			
17 - Clopidogrel			
18 - Clopidogrel			
19 - Clopidogrel			
20 - Clopidogrel			
21 - Clopidogrel			
22 - Clopidogrel			
23 - Clopidogrel			
24 - Clopidogrel			
25 - Clopidogrel			
26 - Clopidogrel			
27 - Clopidogrel			
28 - Clopidogrel			
29 - Clopidogrel			
30 - Clopidogrel			
31 - Clopidogrel			
32 - Clopidogrel			
33 - Clopidogrel			
34 - Clopidogrel			
35 - Clopidogrel			
36 - Clopidogrel			
37 - Clopidogrel			
38 - Clopidogrel			
39 - Clopidogrel			
40 - Clopidogrel			
41 - Clopidogrel			
42 - Clopidogrel			
43 - Clopidogrel			
44 - Clopidogrel			
45 - Clopidogrel			
46 - Clopidogrel			
47 - Clopidogrel			
48 - Clopidogrel			
49 - Clopidogrel			
50 - Clopidogrel			
51 - Clopidogrel			
52 - Clopidogrel			
53 - Clopidogrel			
54 - Clopidogrel			
55 - Clopidogrel			
56 - Clopidogrel			
57 - Clopidogrel			
58 - Clopidogrel			
59 - Clopidogrel			
60 - Clopidogrel			
61 - Clopidogrel			
62 - Clopidogrel			
63 - Clopidogrel			
64 - Clopidogrel			
65 - Clopidogrel			
66 - Clopidogrel			
67 - Clopidogrel			
68 - Clopidogrel			
69 - Clopidogrel			
70 - Clopidogrel			
71 - Clopidogrel			
72 - Clopidogrel			
73 - Clopidogrel			
74 - Clopidogrel			
75 - Clopidogrel			
76 - Clopidogrel			
77 - Clopidogrel			
78 - Clopidogrel			
79 - Clopidogrel			
80 - Clopidogrel			
81 - Clopidogrel			
82 - Clopidogrel			
83 - Clopidogrel			
84 - Clopidogrel			
85 - Clopidogrel			
86 - Clopidogrel			
87 - Clopidogrel			
88 - Clopidogrel			
89 - Clopidogrel			
90 - Clopidogrel			
91 - Clopidogrel			
92 - Clopidogrel			
93 - Clopidogrel			
94 - Clopidogrel			
95 - Clopidogrel			
96 - Clopidogrel			
97 - Clopidogrel			
98 - Clopidogrel			
99 - Clopidogrel			
100 - Clopidogrel			

PACIENTE:

Alf Hys A. Silva

DATA:

27/08/2016

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

LIVRE

1000ml EV em 24h

MAL 100MG + 100ML DE SF EV 12/12H

IRONA 2ml EV de 6/6h

LATIL 20mg EV de 12/12h

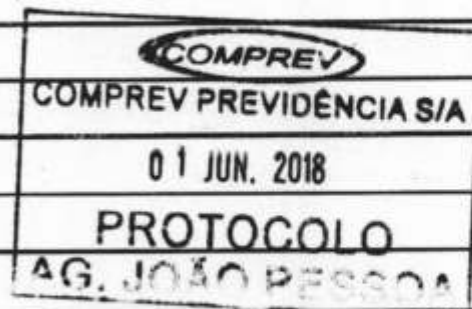
MEPRAZOL 20mg EV de 12/12h

CAPTOPRIL 25mg 1 CP. SL se PAD>110 e/ou PAS>160

NAUSEDRON 4MG E' 12/12H

SSVV + CCGG

1 2
(16) 04
(16) 22 04 10
(16) 09x2
06
(16) 04



DIAGNÓSTICO-

fratura de cabeça do Ranso

EVOLUÇÃO:

[Handwritten notes and signatures in the evolution section]

Dr. MILTON LINHARES

CRM : 4714

*Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 5115
Ortopedia Traumatologia*



CRUZ VERMELHA
BRASIL/FEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEEISIR

NOME DO PACIENTE <i>Adelg Hugo A. Silva</i>		B.E./ PRONTUÁRIO <i>942232</i>
DATA: <i>26/08/16</i>		LEITO:
SETOR:	ENFERMEIRA <i>Verde</i>	OBSERVAÇÃO
MEDICAMENTO - DOSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	ARMAZENAMENTO	QUANTIDADE
<i>Dista 4x1</i>	<i>Stomago</i>	
<i>Dibetal 20 mg 12/12 horas</i>	<i>8x64</i>	
<i>Dipirona 1 cáps 10 g/1 hora</i>	<i>6x24/88</i>	
<i>CC 60</i>		
<i>Tramadol 50 mg 10 g/1 hora</i>	<i>5x17</i>	
<i>SA</i>		
<i>Dr. Heitor Romero L. Nóbrega</i> <i>Ortopedia/Traumatologia</i> <i>CRM-FB 50547 - OT 6677</i>		
ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO

F(NG)-APC-001-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

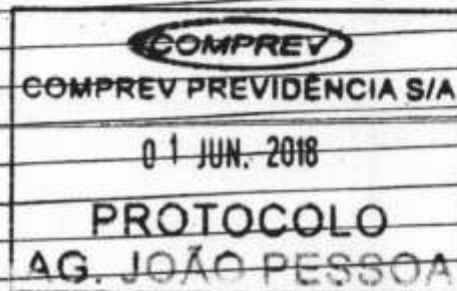


1000005405005 BE: 942939
ALLEF HIRAO ALBUQUERQUE DA SILVA
DT. NASC.: 26/09/1993
MRE: MARCIA CRISTINA DA SILVA ALBUQUE

END.: JUAZEL TAVORA
N. 226 - CANALAU
CABEDELO
FONE: ()
CELULAR: (83) 996055162
IDADE: 22
DT. ENTRADA: 25/06/2016 17:23:05

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
25/06	(13:30)	# 6234 pedic
		Paciente vítima de acidente de transporte, apresentando fratura de cabeça de Roldão Direita Direita.
		CD: Tratamento Hospitalar para Tratamento Cirúrgico. Solicitação Exame de R. - R.
		HQ: Fratura de cabeça de Roldão Direita.
		+ Dr. Alberto



CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

ALF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA




REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLICIA GERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

V-A-02

P-005

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

01 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.088.734 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/12/2013

NOME ALF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ TIAGO AZEVEDO DA SILVA

MARCIA CRISTINA DA SILVA ALBUQUERQUE

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 26/09/1993

DOC ORIGEM

NASC.N.43488 FLS.99 LIV.A-42

CARTORIO 1º BAYEUX-PB

112.390.924-58

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



RECIBO DE COMPRA E VENDA

Eu, **EDVAN DA SILVA NASCIMENTO**, brasileiro, maior, portador do RG nº 2.149.750 SSP/PB e CPF nº 031.252.614-81, residente e domiciliado a Rua: Conego João Borges nº 107 – Bairro do Quarenta – Campina Grande/PB, declaro para os devidos fins de direito que **VENDO** um **CICLOMOTOR** de Marca/Modelo: HUARI MARVA ONIX 50 PC, Cor: BRANCA, Chassi: LX6YGYL19C2800023, MOTOR: HSLC139FMB2C0620189, Ano/Modelo: 2012/2012, Combustível: Gasolina, ao Sr. **ALLEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA**, brasileiro, maior, portador do RG nº 2.088.734 -2 Via SSDS/PB e CPF nº 112.390.924-58, residente e domiciliado na Rua: Joarez Tavora nº 226 – Camalaú – Cabedelo/PB, no valor total de R\$ 3.100,00 (Três Mil e Cem reais), pago à vista e em espécie.

Ficando ao Sr. **ALLEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA**, responsável por quaisquer danos ou outros que houver com o **CICLOMOTOR** a partir desta data (21/08/2014).

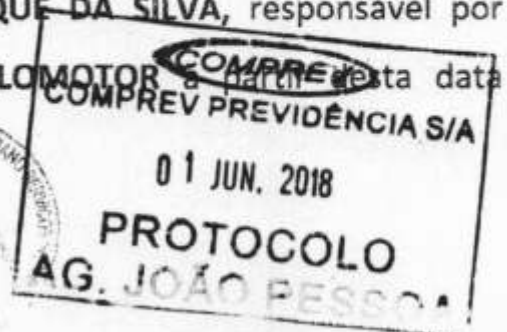


CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial

Ângela Meireles Caetano
TITULAR
Rosângela C. Caetano Meireles
SUBSTITUTA

Av. LIBERDADE, 430, BAYeux-PB, CENTRO / CEP: 58206-001 TEL: (81) 3362-0209

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
ALLEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA
Em test.da verdade. Bayeux-PB 21/08/2014 15:32:16
Rosângela Caetano C. Meireles - Substituta
T2014-0040821EMO:R\$ 16,85 FAREN:R\$ 0,22 FEJP:R\$ 0,22
SELO DIGITAL: AAD70277-344P



Data, 21 de Agosto de 2014.

EDVAN DA SILVA NASCIMENTO

Vendedor

ALLEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA

Comprador



CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial

Av. LIBERDADE, 430, BAYeux-PB, CENTRO / CEP: 58206-001 TEL: (81) 3362-0209

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
EDVAN DA SILVA NASCIMENTO
Em test.da verdade. Bayeux-PB 21/08/2014 15:17:26
Rosângela Caetano C. Meireles - Substituta
T2014-0040791EMO:R\$ 16,85 FAREN:R\$ 0,22 FEJP:R\$ 0,22
SELO DIGITAL: AAD70277-FK03



CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial

Rosângela Caetano C. Meireles
Substituta

Eu Allys Thiago Albuquerque da Silva

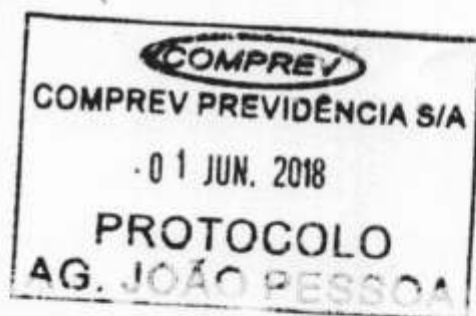
comprei a moto de Edson da Silva Nascimento
no dia (21/08/2014) colocando a motocicleta e
todos os documentos em mãos assim
fizemos um recibo de compra e venda.

atenticado no cartório Ângela Castro desde dessa
data a ciclomoto não tinha placa ou dute pois
é uma marca onix 50 PC: cor: branca

Chassi: LX6YL19C2800023, Motor 125LC139FMB2C0620189,
ano/modelo: 2012/2012 não emplaquei porque no acidente
ela foi levada pela PRF e não foi buscada até hoje
por isso não possui o dute pois antes não era
obrigatorio o emplacamento desta forma justifica a
ausencia da declaração do proprietario do veiculo.

João Pessoa PB (11/10/2014)

Allys Thiago Albuquerque da Silva



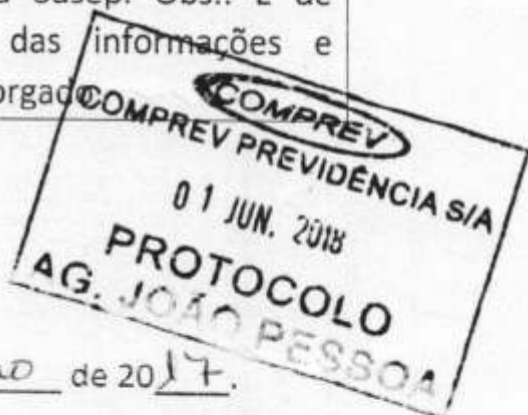
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Allet Hiago Albuquerque da Silva
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
mecânico, CI RG nº 3.088.734,
CPF/MF nº 112.390.924-58, residente e domiciliado(a) à Rua
Roldão José de Oliveira, 41 - Centro,
Cidade de Cabedelo, Estado
Paraíba, CEP: 58310000, telefone
83-99105-5363, 83-98660-2858, 98663-4900

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

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



Cabedelo, 11 de Julho de 2017.

Allet Hiago Albuquerque da Silva

OUTORGANTE

TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

112.390.924-58

Nome completo da vítima

Allet Thiago A. da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Allet Thiago Albuquerque da Silva
CPF titular da conta: 112.390.924-58
Profissão: mecânico
Endereço: Roldão José de Oliveira
Número: 41
Complemento:
Bairro: Centro
Cidade: Itaberal do
Estado: PA
CEP: 5831000
E-mail: alexandracasarduarte@hotmail.com
CPF: 112.390.924-58

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residência informada. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0039

DIV

CONTA

NRG

29923

DIV

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRG

AGÊNCIA

NRG

DIV

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRG

DIV

(Informar dígito se existir)

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

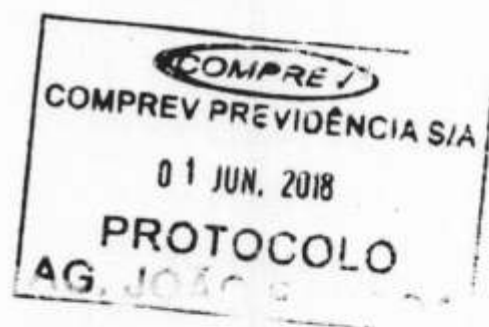
João Paulo A. de maio de 2018

Local e Data

Allet Thiago Albuquerque da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00958.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00958.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:21 horas do dia 17 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Alief Hiago Albuquerque da Silva**, CPF nº 112.390.924-58, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moço de Conves, filho(a) de Márcia Cristina da Silva Albuquerque e José Tiago Azevedo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 26/09/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Roldão José de Oliveira, Nº 41, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho Real, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98679-4736.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Honda, Cabedelo/PB, bairro Camalaú; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 25/08/16 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 25/08/2016, por volta das 16:30 horas, o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta na BR 230 em Cabedelo, no bairro de Camalaú, nesta capital do Estado PB; QUE conduzia o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: (ciclomotor) HUARI MARVA ONIX 50 PC de cor branca, chassi nº LX6YGYL19C2800023, ano e modelo: 2012, pertencente ao notificante; QUE segundo o notificante transitava em sua mão um outro veículo tipo ônibus escolar saiu de uma rua que é uma artéria que liga a BR 230 e que ao fazer uma conversão no contorno e ficou no meio da BR, fazendo com que o notificante viesse a colidir na lateral lado esquerdo, com o impacto veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DRª JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE EMISSÃO 20.01.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

ADENDO(S):

Que na data 17/05/2018, à(s) 09:44 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) notificante para realizar o seguinte adendo: O NOME DO DO NOTIFICANTE ONDE SE LER: ALIEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA É NA VERDADE PARA SE LER ALIEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN. 2018
PROTOCOLO

Procedimento Policial: 00958.01.2018.1.00.420

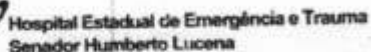


João Pessoa/PB, 17 de maio de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

ALIEF HIAGO ALBUQUERQUE DA SILVA
Noticiante





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

Boletim de Atendimento: 942939

Imprimer

25/08/2016 17:26

Primeiro Atendimento Médico

1000005485005 BE 942939
ALLEF HIRAO ALBUQUERQUE DA SILVA
DT. NASC.: 26/09/1993
RAE: NARCIA CRISTINA DA SILVA ALBUQUE

END.: JUAZÉ TAVORA
N. 226 - CAHALAU
CABELO
FONE: ()
CELULAR: (03) 996055152
IDADE: 22
DT. ENTRADA: 25/08/2018 17:22:05

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente com histórico de acidente motocicleta (colisão mto-ônibus) há ± 30 min. Refere uso de capacete. Nega perda de consciência e vômitos. Refere dor no cotovelo D. Nega outros queixas.

AME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS ☒ Pérvias () Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

- RUIDOS

() sim

HTD:

Roncos
Sibilos
Estertores

HTE:

Roncos
Sibilos
Estertores

☒ Não

FR: _____ imp SaO₂ 98 %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas

Escala de Glasgow:

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS () Normatonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO

() Presente () Ausente

BE OUBA

FC: 94 bpm PA: 110 x 50 mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN: Mm

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 JUN. 2018

(diferença = mm)

PROTOCOLO

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

WILKER DA SILVA MOURA
RUA ROLDÃO JOSE DE OLIVEIRA, 41 - CENTRO
CABOENGO / PB CEP: 56310000 (AG: 1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R 220, 5m 25 - Círculo Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 56071-880
Roteiro: 2 - 13 - 64 - 4240 Referência: Jul / 2017
Nº medidor: 00001167157 Emissão: 06/07/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Círculo Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 56071-880
CNPJ: 09.095.103/0001-40 Ins. Est. 18.015.923-0
Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica Nº 000.100.811
Código para Débito Automático: 00001253160

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2017 06/07/2017 08/08/2017 2106631464
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/125316-0

Canal de contato

Prezado Cliente,
A partir deste mês, as contas começarão com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, alíquotas, tarifa e composição da fatura. O valor da tarifa passou a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
Data	Leitura	Data	Leitura						
06/06/17	21441	06/07/17	21723	31					
Demonstrativo									
CC: Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)	Base Calc. Pie (R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)			
			Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)			
0601 Consumo em kWh	268.000	0,834970	181,80	181,80	27	49,00	181,80	1,46	8,73
0601 Adic. B. Amarela			1,83	1,83	27	0,44	1,83	0,01	0,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			18,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 202,06 183,23 49,47 183,23 1,47 8,79

Média últimos meses (kWh)
287

VENCIMENTO
13/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 202,06

Histórico de Consumo (kWh)

284 | 281 | 283 | 244 | 280 | 293 | 305 | 294 | 264 | 310 | 343 | 308
Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16 | Set/16 | Ago/16 | Jul/16

bbb2.5353.4e80.df20.57d8.41f5.c14b.fd5b.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	10,38	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	30,77		
DIC ANUAL	3,30	0,00	CONTRATADA
PC MENSAL	0,00		LIMITE INFERIOR 200
PC TRIMESTRAL	12,30		LIMITE SUPERIOR 231
PC ANUAL	0,00	0,00	
DMC	12,22		
DICR			

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	48,16	23,84
Consumo de Energia	39,52	19,45
Serviço de Transmissão	0,18	0,09
Encargos Sociais	18,05	8,94
Impostos Diretos e Encargos	78,96	38,99
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	202,06	100,00

Valores em R\$ (Ref. 5/2017) R\$ 0,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PARAIBA
Roteiro: 2 - 13 - 64 - 4240
Matrícula: 125316-2017-07-7

VENCIMENTO
13/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 202,06

83640000002-9 02060054000-7 01253162017-2 07700130019-1

