

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA ADRIANA ALVES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3170603357**

Vitima: **MARIA ADRIANA ALVES DE SOUSA**

Data do Acidente: **09/01/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170603357**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11967921



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MARIA ADRIANA ALVES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170603357

Vitima: MARIA ADRIANA ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 09/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170603357**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA ADRIANA ALVES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3170603357**
Vitima: **MARIA ADRIANA ALVES DE SOUSA**
Data do Acidente: **09/01/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170603357**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12814640





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Maria Adriana Alves de Sousa

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.498.190

EXPEDIDO POR SSPS/RS

EM 16/10/06 E

CPF 08132694342 / CNPJ

000000000000000000

PROFISSÃO exerceu função de

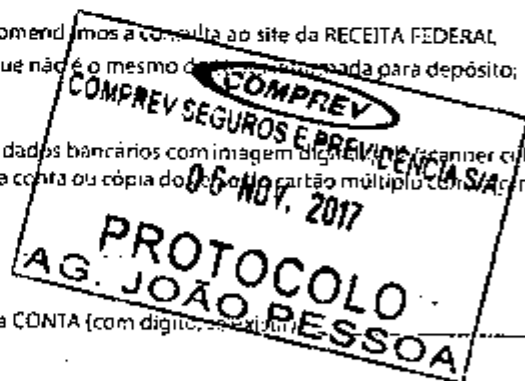
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Adriana Alves de Sousa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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 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 dos 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 bancária usada 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 cartão múltiplo com a indicação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do 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 do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3581 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00001663-2

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.

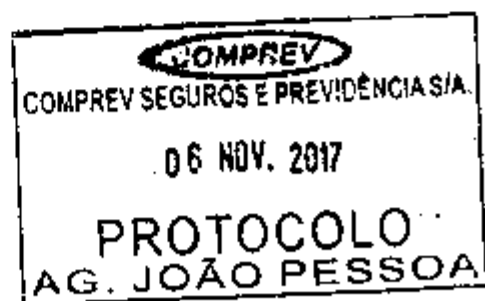
João Pessoa, 09 de Outubro de 2017
LOCAL E DATA

Maria Adriana Alves de Sousa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

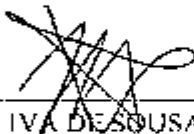
O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

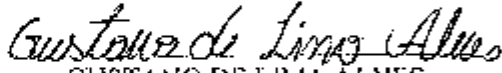
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





João Pessoa/PB, 04 de outubro de 2017.


MARIA IVA DESOUSA VIEIRA
Agente de Investigação


GUSTAVO DE LIMA ALVES
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Adriana Alves de Sousa, portador da carteira de identidade nº 3.498.190 e inscrito no CPF sob o nº 085.269.434-21 residente e domiciliado na Rua Projeção, 240/BL 09/Ap 08 - Quilom, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () 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 invalidez permanente 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 às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

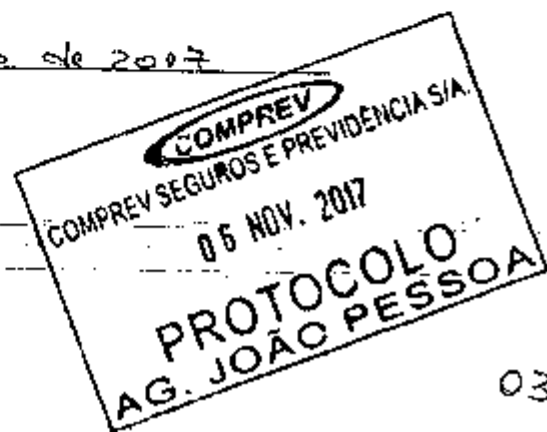
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Adriana Alves de Sousa

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 09 de outubro de 2017

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Adriana Alves de Sousa,

RG nº 3.498.190, data de expedição 16/10/2006,

Órgão SSOS/PB, CPF nº 085.269.434-22, venho perante a este

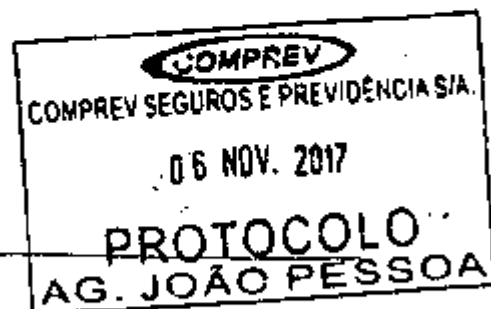
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Propriedade</u>
Número	<u>240</u>
Aptº / Complemento	<u>13209 / Ap 108</u>
Bairro	<u>Guararapes</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-8500 / 99342-1170</u>
E-mail	<u>alexandrasousa.duarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PB, 09/10/2017.

Maria Adriana Alves de Sousa
Assinatura do Declarante





ENERSIA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

CUNHA Sobrinho, REQUENZIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICA Ø 70, Km 28 - Orlão Repente, Jd. Pousos P3 - CEP 56071-600
Paraná - PR - 5.611-9430 Referência Jul/2017 CDD 31.25.75.3091-4 Ins. Est. 15.016.822-0

Razão social: 0829773478 Emissão: 25/07/2017

№ 11-12-03095/2478

Redemptive July 2017

Estimated 2002/2003:

77

1000-5414/04/0014-1000\$20.00/0

- 2019년 1월 1일부터 시행되는 「소득세법」 개정으로, 소득세 과세표준에 대한 공제 항목이 확대되었습니다.

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

www.netnet5.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista
prossima h
25/08/20

```
PEX CNPL RAM
```

Jul / 2017

5/07/2017

25/08/2011

8785408

UC (Unidade Consumidora):

Subj. control, 65976-4

Canal de control

ATENÇÃO - AVERGUAÇÃO CADASTRAL, 2017
 Procura-se para a 1ª edição de 2017 para a elaboração de mapas de cadastramento e a emissão de mapas. Tarefa Social de Engenharia. Para mais informações consulte a página: 157-250 731 2063
 Tarefa Social de Engenharia 2017 - Tarefa Social de Engenharia
 de 10-12-2017 de 15 de abril de 2017
 Prefeitura de São Paulo

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Difra	
Data	Lettura	Data	Lettura						
4/29/17	2077	5/5/17	2377						
Demonstrativo									
CO	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Preço	Qtde	Ant.	Consumo	Preço
0004	Consumo de 100 kWh-ER	26,000	0,211896	5,51	0,01	27	1,75	3,61	0,05
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-ER	70,000	0,270300	18,94	14,84	27	8,83	28,54	0,20
0003	Consumo - 101 a 200 kWh-ER	95,000	0,143470	13,63	59,20	27	14,09	57,25	1,47
0005	Adic. e Amarelo			3,67	3,67	23	0,34	3,47	1,23
0010	Suspeito			41,12	41,03	27	11,03	41,03	0,03
LAMPADINHO E SERVIÇOS									
0007	CONFERIAÇÃO LAMP. ELÉTRICA			3,51	0,03	0	0,00	0,00	0,00
0008	Eletridade Serviço			78,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCJ Código de Clasificación de la Em.	TOTAL	104,19	128,75	34,75	173,75	1,03	4,77
---------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Media últimos meses (1972)

:२॥

VENCIMENTO
01/09/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 104.16

Histórico de Consumo (kW/h)

241	257	320	103	155	208	171	107	111	139	12
April	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb

80b2, 47ae, 94b7, 4f98, 43af, 2d4b, 58af, 5141

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
CONSUMO	2,3	1,91	NORMAL	220
S/O TRANSFORM.	2,00			
EXCESSO	11,70			
CONSUMO	1,25	1,07	CONSUMO	220
EXCESSO	1,05		EXCESSO	220
CONSUMO	1,11	0,97	CONSUMO	220
EXCESSO	1,02		EXCESSO	220

[illegible]

Y=1.3+0.0012X₁+0.0015X₂+0.0015X₃

ATENÇÃO

- Sua unidade foi utilizada como Base Fictícia, tendo um Acerto de 59,29, 10-
umidade de 4,00 e 0,50.

Faturas em atraso

Figure 1

173
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residência



Caixa 104-0 10490.01926 18138.700002 02087.944365 5 000

Local do Pagamento

PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE

Beneficiário: CANTOS CARA - 00.380.305.0001-06

585 Quilés 4, Lote 314, ASA SUL, Brasília/DF, CEP: 70.092-400

Data do Documento

14/07/2017

Uso do Bônus

14/07/2017

Carteira: 00708799416

Estados da Moeda: R\$

Quantidade: 1

Assinatura: N

Data do Processamento: 14/07/2017

Valor: 14/07/2017

Nome: 800000305294384

Valor do Documento: 99,75

24.3 Descontos/Abatimentos

31.3 Outras Deduções

41.3 Outras Deduções

51.3 Outras Deduções

61.3 Outras Deduções

71.3 Outras Deduções

81.3 Outras Deduções

91.3 Outras Deduções

01.3 Outras Deduções

11.3 Outras Deduções

21.3 Outras Deduções

31.3 Outras Deduções

41.3 Outras Deduções

51.3 Outras Deduções

61.3 Outras Deduções

71.3 Outras Deduções

81.3 Outras Deduções

91.3 Outras Deduções

01.3 Outras Deduções

11.3 Outras Deduções

21.3 Outras Deduções

31.3 Outras Deduções

41.3 Outras Deduções

51.3 Outras Deduções

61.3 Outras Deduções

71.3 Outras Deduções

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS PAGAMENTOS EM CHEQUES

Pagador: JOSE EDUARDO DA SILVA

AV MARIA ROSA 38

MANASSA

JOÃO PESSOA

Saqueador / Anote:

UP: PB CEP: 58038-440

CPF/CNPJ: 45534604451



Autenticação Manassá - Forno de Confiança



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 do 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 9.413/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

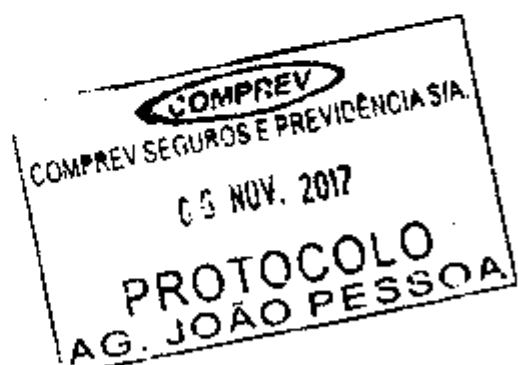
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria Adriana Alves de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Maria Adriana Alves de Sousa e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU

Renda Mensal: RSRECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

[Assinatura]
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

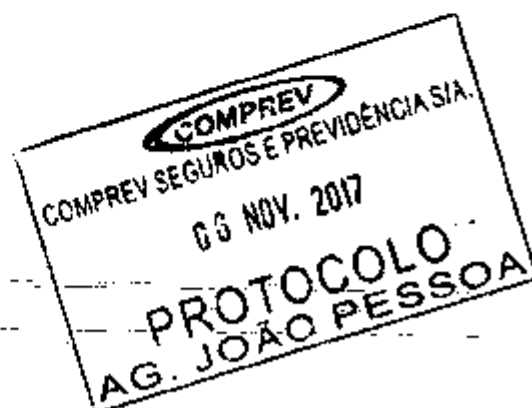
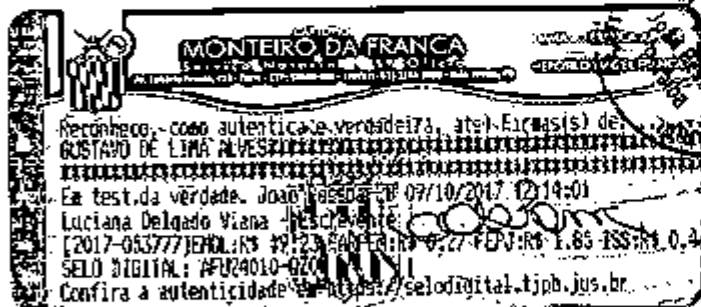
Eu, Gustavo de Lima Alves,
 RG nº 4.038.987, data de expedição 27/03/2012
 Órgão SSDS-PA portador do CPF nº 116.306.544-77, com
 domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Irmão Albino Neto, nº 240
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Márcia Adriana Alves de Souza o condutor era
Gustavo de Lima Alves.

Veículo: Moto
 Modelo: WY 50 QJET
 Ano: 2013/2014
 Placa: Moto WY139 FMA13341631
 Chassi: LWYMCA208E6005975
 Data do Acidente: 09/10/17
 Local e Data: João Pessoa, 09/10/17



Gustavo de Lima Alves
 Assinatura do Declarante

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





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 MARIA ADRIANA ALVES DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO 14/06/92
NOME DA MÃE GERALDO ALVES DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 937.033 (937-3033)
PRONTUÁRIO N.º XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO 09/01/17
HORA DO ATENDIMENTO 22:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO DO SEMILUNAR DIREITO + FRATURA DO METACARPO DIREITO
CID 10 V 23 + S 62.3.0 + S 62.1

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 NOV. 2017
AG PROTOCOLO
JOELHO PESSOA

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, RESGATADO PELO SAMU, QUEIXANDO-SE DE DOR EM PUNHO DIREITO, CEFALÉIA E DOR EM JOELHO DIREITO, E APRESENTA AINDA, FERIMENTO IMPORTANTE EM PUNHO ESQUERDO E FCC EM JOELHO DIREITO. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PUNHO DIREITO- RELATO COT- DISJUNÇÃO PERILUNAR + FRATURA DO 2º METACARPO.

RX DO JOELHO DIREITO

TC DE CRÂNIO- FOCO DE CALCIFICAÇÃO EM REGIÃO SUBCORTICAL OCCIPITAL ESQUERDA.

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADA POR NCR E COT, CONSTATANDO-SE INSTABILIDADE PERI-LUNAR (DISJUNÇÃO) + FRATURA DO 2º METACARPIANO. IMOBILIZADO COM TALA LUVA E ENCAMINHADA AO ORTOTRAUMA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, CONFORME PACTUAÇÃO. MEDICADA.

ALTA HOSPITALAR: TRANSFERÊNCIA- 10/01/2017
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2017

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Maria Adriana Alves de Sousa
ASSINATURA COTIDIANA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.497.190 DATA DE EMISSÃO 16/10/2006

NOME MARIA ADRIANA ALVES DE SOUSA

RELACIONAMENTO SEBASTIÃO LUIZ DO NASCIMENTO
GERALDO ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE BONITO DE SANTA FE-PB DATA DE NASCIMENTO 14/06/1992

REG. CIVIL N. 3266 FLS. 286 LIV. A-4

CARTÓRIO SENNA GRANDE-PB

CPF *M. Monteiro*

João Pessoa 15/11/2006

CNPJ

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 0852694342

NOME MARIA ADRIANA ALVES DE SOUSA

Nascimento 14/06/1992

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 NOV. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Maria Adriana Alves de Sousa
 brasileiro(a), estado civil solteira, profissão
desempregada, CI RG nº 3.457-190
 CPF/MF nº 085.269.434-21, residente e domiciliado(a) à Rua
Profetadas, 240/32 09/Ab 108 - Gramma
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
(83) 3502-8500, 99342-1140.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, 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.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 05 NOV. 2017.
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 09 de outubro de 2017.

Maria Adriana Alves de Sousa
 OUTORGANTE

