

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARINALDO BALBINO DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180041621**

Vitima: **MARINALDO BALBINO DE ARAUJO**

Data do Acidente: **18/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180041621**.

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 12295659





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 084.914.444-14 Nome completo da vítima: Marinaldo Balbino de Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Marinaldo Balbino de Araújo</u>		CPF titular da conta <u>084.914.444-14</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Rua Quetzalcoatl Farmácia Nova</u>		Número <u>512</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Aplicação</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58320-000</u>
Email <u>valcaueira@uol.com.br</u>		Telefone (DDD) <u>(83) 99105-5363</u>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

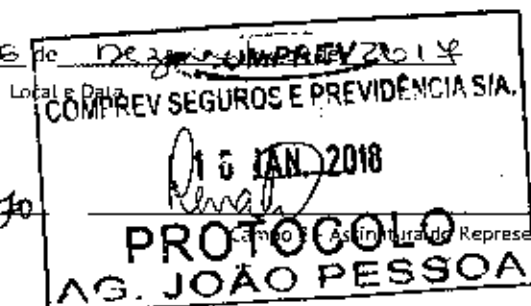
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237)	☒ BANCO DO BRASIL (001)	☐ ITAÚ (341)	
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			

AGÊNCIA NRD <u>1262</u>	DV <u>9</u>	CONTA NRD <u>22809</u>	DV <u>5</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRD <u></u>	DV <u></u>	CONTA NRD <u></u>	DV <u></u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Albuquerque, 26 de Dezembro de 2017
Marinaldo Balbino de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/01/2018 - Autoatendimento - 18:48:55
126273306 0980

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 1262-9
CONTA: 22.809-5
VARIACAO: 51
CLIENTE: MARINALDO BALBINO ARAUJO

DATA	DT. BS.	HISTORICO	VALOR
-----Dezembro/2017-----			
3112		Saldo ant.	021000
		DISPONIVEL	021000
		VLR. BLOQUEADO	000000
		SALDO TOTAL	021000

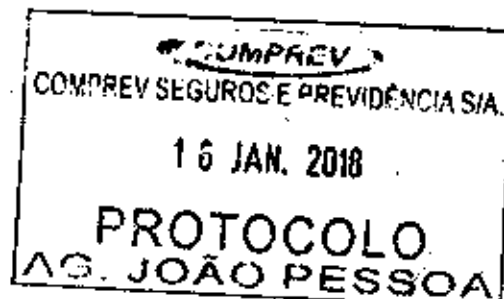
SALDO POR DATA BASE

01	021000
02	021000
13	021000

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Marivaldo Barbosa de Araújo

CPF da Vítima

088.904.444-14

Data do Acidente

18/12/16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPROVADO
COMPROVADO E PREVIDENCIA RIA.

10 JAN. 2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Albuquerque, 28 de Dezembro de 2016
Local e Data

Marivaldo Barbosa de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato declaratório

CERTIDÃO

Nº. 0443/2017

Comprovação de ato declaratório



Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 914637 e Prontuário Nº 2016.12.001642 pertencente à **MARINALDO BALBINO DE ARAÚJO** que foi atendido dia 18/12/2016 às 20h16min, paciente vítima de colisão moto x carroça, socorrido pelo Samu, referidor em perna direita.

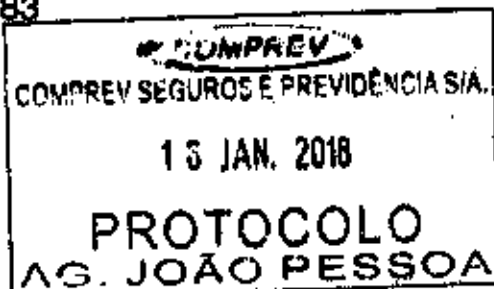
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta da tíbia direita. Realizado cirurgia dia 18/12/16 e alta médica dia 20/12/16.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de abril de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



COMPTON'S

ALEXANDRA DESAR DUARTE
AV MARIA ROSA 10658
MAZARÁ
56038-460 NAD 7-55GA 7B

907/013314867

Journal of Management Education

194,64

Forma de pagamento

BOLETO BANCÁRIO

046.502:754-74

Minimum

Important:

... ..

00:00

COMPREV SEGREDO E PREVIDENCIA SIA
10 JAN. 2018
PROCOLO
AG. JOAO PESSOA

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

seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206

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 inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marina Rose Balbino de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.904.884 / 18 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Marina Rose Balbino de Araújo inscrita no CPF sob o Nº 088.904.884 / 18 conforme determinação da Circular Susep 445/12: **COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.**

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

16 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Av. Marina Rose</u>	<u>58</u>	
Bairro	Cidade	Estado
<u>Marina</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>
	CEP	
	<u>58038-460</u>	
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
<u>alexandra.cesar.duarte@hotmail.com</u>	<u>(83)99105-5363</u>	<u>99342-9140</u>

João Pessoa de Janeiro de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

TEMPERATURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 914637

Atd: Nao Regulada

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

Data: 18/12/2016

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

Horá: 20:16:38

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: CLAUDENICE GALVÃO P. SI

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARINALDO BALBINO DE ARAUJO

Num. Prontuario: 2015.12.001642

CNS: 200440958340004 Sexo: M IDENTIDADE: 3275457 Fone: 991144524

End: ALHANDRA/PB Data Nasc.: 19/11/1987 Id: 29 ano(s)

Mãe: CREUZONICE JANUARIO NUNES, SN

UF: PB Cidade: ALHANDRA

Prof: SOCONIO BALBINO DE ARAUJO

Prof: MARIA DO SOCORRO BALBINO DE MELO

Ocupação: AUTONOMO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA LUCIANA SILVA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Documentacao medico - hospitalar



Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

ANOTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Classificação de Risco:

FA: FR:
FC: FP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito

Queixa Principal

Observacao

Paciente vítima de AC. MOTO, socorrido
pelo SAMU, QUORANOV-50 de 2000-
NO MIO, HPI: 40 MINUTOS, 51E
DA ESPOSA

Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU, vítima de acidente moto x concreto, não há
lesões aparentes, não há perda de consciência ou vômitos. Apresentando ferida
de um punho D. com mobilidade. Não queixa em relação a dor.

Diagnostico: fratura exposta

Conduta: imobilização de extremidade.

Ass de en. f. m.

Prescrição

1. Ant. de dor 100mg F
2. Analgésico 100mg - 4x 24h
3. Antibiótico 100mg - 4x 24h
4. Curativo de ferida
5. 100ml SFB, 9%, EV, aq. 2x

22:24

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA PREVIDÊNCIA S/A

13 JAN. 2016

PROTOCOLO

AO JOAO PESSOA

Dr. José Maria dos Santos Neto
MÉDICO
CRM-PB 7865



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Maurício Belbino de Araújo			Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

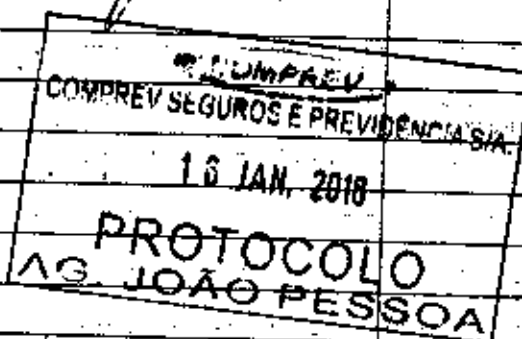
CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO



Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (X) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, com
limpeza e antisepsia, colocação de esmalte protetor

Incisão:

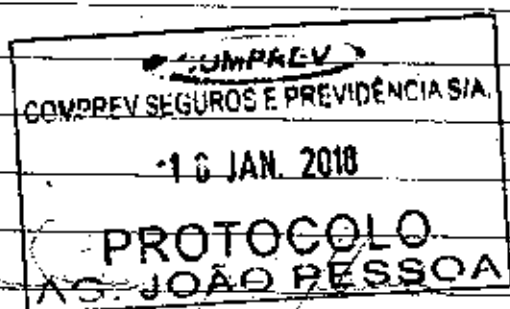
Anterior, com (1)

Achados:

Fatores expostos de (1)

Conduta:

1. Limpeza e antisepsia na ST
2. Realização da incisão
3. Exatidão por parte
4. Exatidão por parte
5. Contato e envolvimento



Fechamento:

OBS:

Sem intercorrência

Data:

16/12/16

MÉDICO/CRM

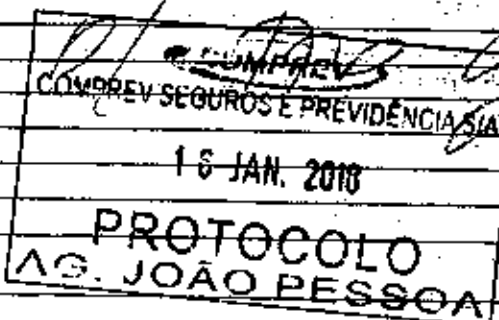


FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: MARILYN BALBINO Data da Admissão: 18/12/10
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Franco e Resm de R31m

HDA: Ref. S. R. D. B. C. M. S.



Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ []HTF
[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa
[]Trauma []Neo []Tabagismo
[]Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____

Pele: _____
ACV: _____
AR: _____
ABD: _____
AGU: _____
SME: _____
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade
profissional, na forma prevista no
Regulamento Geral, é de uso
obrigatório no exercício da atividade
de advogado ou de estagiário e
constitui prova de identidade civil
para todas as fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

UNION DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Inscrição nº

14438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Residência

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

24/05/1982

Data de Compromisso na OAB

17/12/2006

Data de Cessão de Atos

30/07/2007

Data de Exatidão

12/01/2008

Jose Mario Porto Junior

JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR
PRESIDENTE

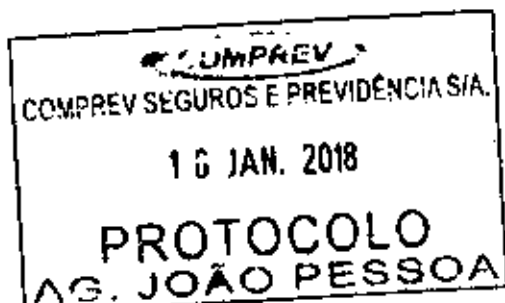
2



07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira



PROCURAÇÃO

Procuração

1 10111111 11 11111 11 11111 11 11111

OUTORGANTE:

Marinaldo Balthino de Araujo
brasileiro(a), estado civil União Estável, profissão
Agricultor, CI RG nº 3.245.454.55051PB,
CPF/MF nº 084.914.444-14, residente e domiciliado(a) à Rua
Onozonice Fernandes Nunes, S/N - Centro,
Cidade de Alfama, Estado
Paraíba, CEP: 58320-000, telefone
(83) 98663-4900, (83) 99342-1140.

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. João Machado, 399, centro, 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 SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

16 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Alfama, 26 de dezembro de 2017.

Marinaldo Balthino de Araujo

OUTORGANTE



Assinatura (CPF) de:
MARINALDO BALTHINO DE ARAUJO
CPF: 084.914.444-14
Assinatura (CPF) de:
ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

VENON BRAGA
OAB 11.111-11111
OAB 11.111-11111

Ex-teste da verdade. Alfama-PB 26/12/2017
Maria do Socorro Ferreira Braga - 11.111-11111
[2016-020310] OAB 11.111-11111
SELO DIGITAL: 583200-000
Confira a autenticidade em: https://selodigital.typb.jus.br