

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2017

Carta nº: 10715528

A/C: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170160739 ASL-0102071/17
Vitima: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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, 27 de Março de 2017

Carta nº: 10728473

A/C: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170160739 ASL-0102071/17
Vitima: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11287350

A/C: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170160739 ASL-0102071/17
Vitima: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3170160739**
Vitima: **ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **17/07/2016**
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 3170160739**.

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 12206856





Seguradora Líder - DPVAT

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, Rosemary da Anunciação Marques Pereira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.034.929 EXPEDIDO POR SSPS/PB EM 25/04/16 F
 CPF 031496314-98 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Dianteira
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosemary da Anunciação Marques Pereira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

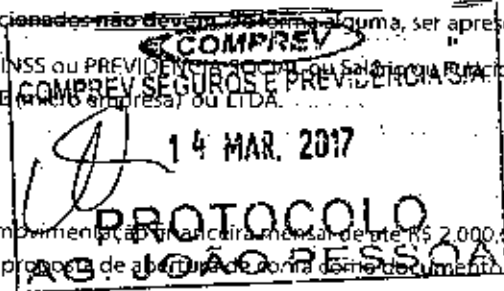
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização, com informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 "T19"



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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Racional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (MEI ou 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 SISDPVAT 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 do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00029060-8

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 Pereira Jo de Farias de 2016
 LOCAL E DATA

Alcindo Rosa Pinto
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 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.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00127.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00127.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 09:20 horas do dia 17 de janeiro de 2017, 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 Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu Rosângela Araújo Marques Perelra, CPF nº 031.476.314-78, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Diarista, filho(a) de Maria do Socorro de Araújo da Silva e Arnaldo Marques da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/03/1976 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Ailton Cesário, Nº 115, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho Ciana, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

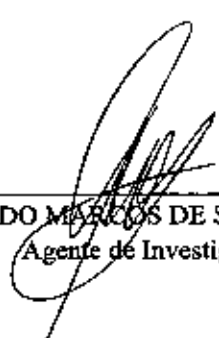
Local: Próximo Ao Pb I, João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc);
Data/Hora: 17/07/16 06:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que, no dia 17/07/2016, por volta das 06:00 horas, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG125 FAN KS, DE COR ROXA, PLACA DEX4806/PB, chassi: 9C2JC4110CR523037, registrada em nome de Alan Queiroz, no bairro de mangabeira VIII, nesta capital, ao passar por um buraco na via, perdeu o controle de direção caindo ao solo e em decorrência desse fato veio a sofrer fratura dos ossos da perna esquerda, sendo socorrida por terceiros e conduzida ao Complexo Hospitalar de mangabeira, nesta capital.

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

João Pessoa/PB, 17 de janeiro de 2017.


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente de Investigação


ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEREIRA
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rosaugela Anany Marquês Pereira, portador da carteira de identidade nº 2034929 e inscrito no CPF sob o nº 031.446.314-78 residente e domiciliado na Rua Ailton Pereira, S/N - Moura Cará, 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.

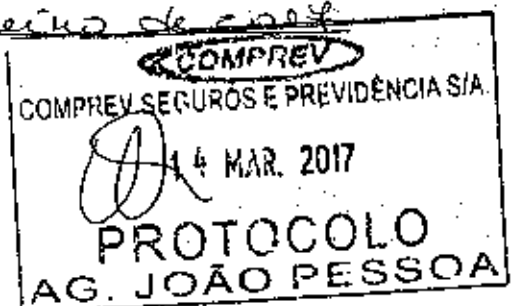
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alfonso Cesar Pinto

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 10 de Fevereiro de 2017

Local e data



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Rosângela Anaujo Marques Pereira, portador da carteira de identidade nº 2.034.929 e inscrito no CPF sob o nº 031.446.314-78, residente e domiciliado na Rua Wilton Peres, 34 - Mandacaru, 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.

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 10 de Junho de 2017
Local e data



Ato declaratório

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N
53036-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

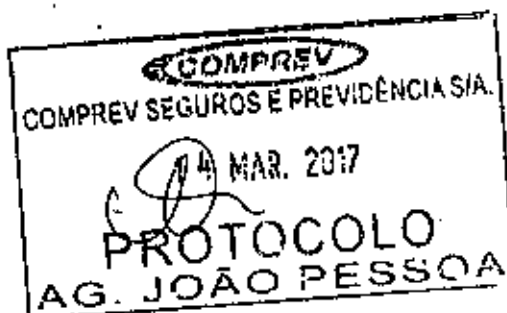
Ficha Nr: 869203 Atd: Nao Regulado
Data: 17/07/2016
Hora: 08:35:07
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2034929 Fone: 88079116
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/03/1976 Id: 40 ano(s)
End.: RUA AITON CEZARIO, 1155 SEM CRTAO DO SUS
Bairro: MANDACARU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: ARNALDO MARQUES DA SILVA
Mae: MARIA DO SOCORRO DE ARAUJO DA SILVA
Ocupação: DIARISTA
Informações de Entrada
Resp.: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
Tel.: Responsavel: 88079116 / IDENTIDADE: 2034929
Procedencia: CASA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.07.001363



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: A MOTO CAIU POR CIMA DO PE ESQUERDO HJ AS 7/ HS DA

Vitima de violencia por: MANHA PROX DE FRENTE A PEI MORENA

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Observacao

Procedente de uma queda de bicicleta do lado esquerdo da cabeça.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

DOCUMENTO 2 "T2"



Diagnostico

☐ Conduta

Prescrição

☐ Horário de medicacao

Exame do Perno
- Rx perno E
- Do artro perno de
- 50 - com (1) ror

NOTA
2038 PB

TAKA B
11/Jul/17



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosângela Luanjo Marques Pereira

RG nº 2.034.929, data de expedição 25/04/16

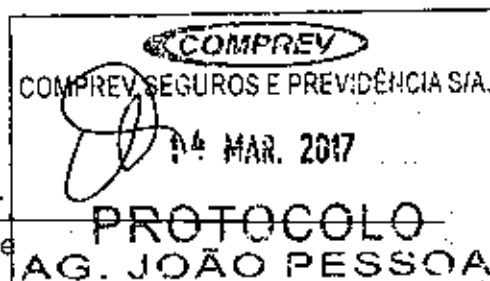
Órgão SSPS/PB, CPF nº 031.446.314-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Altair Pereira</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Maubracun</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-4900 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>alexandraevendianti@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa PB, 10/02/17

Alexandra Luanjo Marques Pereira
Assinatura do Declarante



COMUNICADO

DESTINATÁRIO:

2869

ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
R AILTON CESARIO S/N - MANDACARU
JOAO PESSOA - PB

UC: 1477307 ROTEIRO: 3 1 310 1790
MEDIDOR: 8315830



672520472003

44-38861-100

Seu Demonstrativo de Despesas

Telefonos: 011 4381 514
 Av. Ezequiel Láz Carde Benav. 1570
 Ciudad Mendoza
 CEP: 5501 400 - Cód. Postal: 55
 e-mail: info@nordautoc.com web: www.nordautoc.com

COMPRES SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

14 Mar 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Código do cliente	6599 9433 3035
Nº do telefone	8330241515
Data de vencimento	25/01/2017
Valor a pagar	178,29
Data da emissão	09/01/2017
Estado do Incassado	Paraná
Nome do cliente	Redeclan
Nome da Fatura	03900056100
Mês de referência	Janfev2017

7P50291Z

0128 - CTC RECORD PE A.12
JOSE EDUARDO DA SILVA
AVENIDA MARIA ROSA 93
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

THE JOURNAL OF THE

7213148E5056258D000047286539130117

25/01/2017

RESUMO
PRESTADORA TELEFONICA**VALOR (R\$)****Plano Contratado / Serviços Mensais**
Internet

Vivo Fibra 25 Mbps max
Telefone

34.90

Ilmado Fijo Local - Asignatura Mensal
Ilmado Fijo Local - Frenquia Mensal

42.89
15.17

Super HD mag

1044

Total

75,90

93050817

68'57"

☐ **Exceeds Local's Expenditures**
Total

00:00

1

00'0

OUTRAS PRESTAÇÔES
Consultoria Operacional IT para a área de

VALUES:

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg
das laturas com vencimento em:

Tipo de Uligastro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Minutas Locais (Milestones)	26.00	12.00	51.00
Ulig Local (Cruiser (NCL))	R12	8.05	0
Ulig Mac Local (Cruiser)	0	0	134



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.

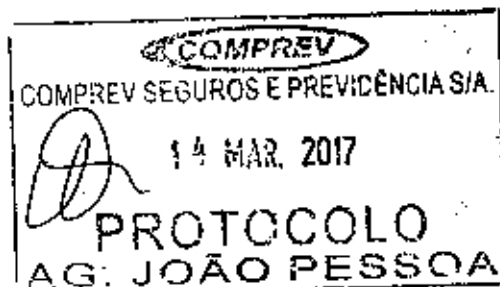
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Rosângela Juarez Marques Pereira do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Rosângela Juarez Marques Pereira e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: advogado Renda Mensal: R\$ recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

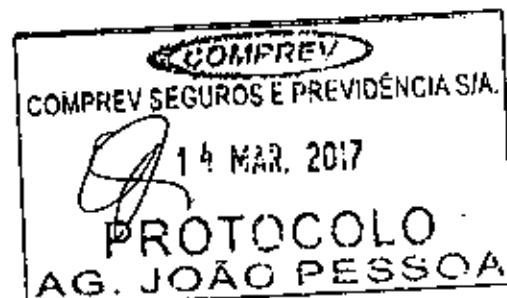
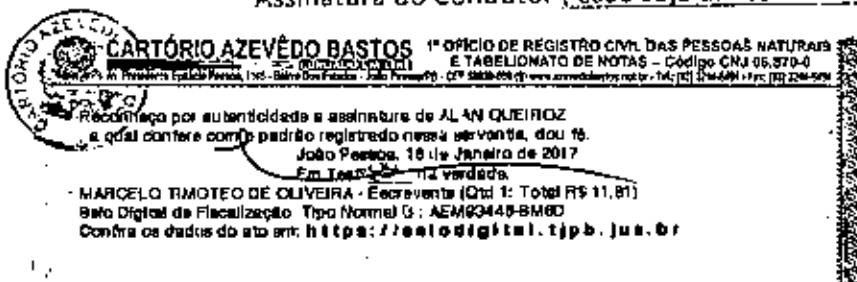
Eu, Alan QueirozRG nº 2620746, data de expedição 04/12/98.Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 050.380.034-09, comdomicílio na cidade de João Pessoa, no Estado deParaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua José Betânia, nº 207.complemento Naudam declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vitima Rosaugela Araújo Marquês Pereira cujo o condutor eraRosaugela Araújo Marquês PereiraVeículo: MotoModelo: Honda CG 125 Fan KSAno: 2012Placa: OEX 4806/PBChassi: 9C2JC4110CR523034Data do Acidente: 14/04/18Local e Data: João Pessoa, 18/09/18

Assinatura do Declarante

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





DOCUMENTO 5 "T596"



CERTIDÃO

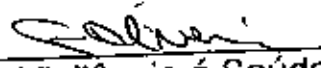
Nº. 1359/2016

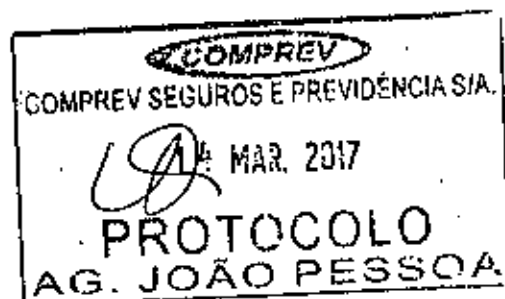
Atendendo solicitação de **ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEREIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação do prontuário nº 2016.07.001363 e Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 869203 pertencentes a mesma, que foi atendida no dia 17/07/2016 às 08H35min, vítima de acidente de moto, apresentando dor em perna esquerda.

Foi submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia no dia 22/07/2016 e alta médica no mesmo dia do procedimento.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância em saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de setembro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Barbosa Azevedo Morque</i>				Registro:	
Idade: <i>40</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Ortop</i>	EMP:	LR:
Data: <i>22/07/16</i>	Cirurgião: <i>D. J. Soares</i>			1º Assistente: <i>D. J. Soares</i>	
2º Assistente: <i>D. J. Soares</i>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

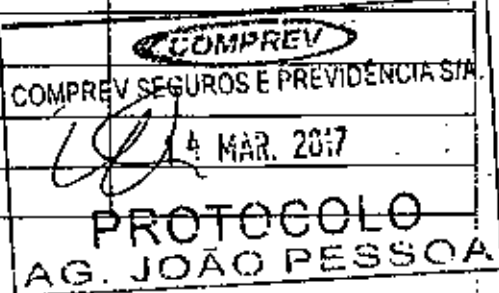
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Fratura do osso do pé direito</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>Fratura do osso do pé direito</i>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i># Aplicação de Gesso no osso do pé direito</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não

Descreva:



Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
() Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

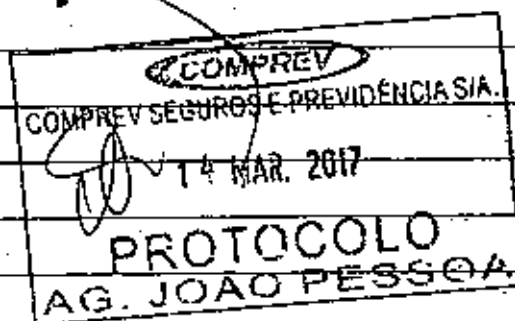
1) Paciente em decúbito dorsal
do b. anest. no "Trocant.".

Incisão:

2) Realizado no dorso, espônhas de
ganho, como podoliteia.

Achados:

Conduta:



Fechamento:

OBS:

João Pessoa
Dr. Tullio Carvalh
Médico
CRM 8554

Data:

22, 02, 16

MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Personylo Andreio Data da Admissão: 11/11/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 11/11/17
Escolaridade: _____
QPD: Ex. Hep. E.
HDA: Paciente admitido após acidente de moto com fratura de fêmur e lesão de membro superior direito.
Dr. Antonio
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Ictícia ☐ Fontanas ☐ Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melaena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu ☐ 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: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] 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: _____

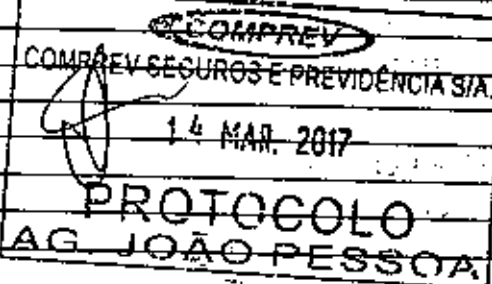
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____



Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fx hemo Gax

Conduta: _____

Fx hemo E.

Inter medicar



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Rosângela A. Marques Pereira</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>40</u>	SEXO: <u>F.</u>	COR: <u></u>	CLÍNICA: <u>Oftalmologia</u>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: <u>12/07/16</u>		DATA DE ALTA: <u>22/07/16</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Exaturo de olho esquerdo (E)</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Quemosis</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx de quemosis</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Aproximadamente 2 pontos de sutura</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ ACRESCIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
14 MAR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES

Doença de quemosis do olho esquerdo de um lado
Quemosis do olho esquerdo após trauma
Tratado com pontos de sutura

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Normal

REPOUSO: Relativo em casa por 7 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 7 dias e com esforço maior em 14 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 14 dias e com esforço maior em 21 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar 4x com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Nenhuma

RETORNO Ao posto de saúde em 30 dias para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Complexo Hospitalar em 30 dias para revisão.

DATA: 22/07/16 Dr. Túlio Carvalho
Médico
ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

DOCUMENTO 6 "T896"



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.034.929 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2016

NOME ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEREIRA

FILIAÇÃO ARNALDO MARQUES DA SILVA
MARIA DO SOCORRO DE ARAÚJO DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 14/03/1976

DOC ORIGEM CASAM N. 9378 FLS. 178 LIV. B-40
CARTÓRIO 2º DIST J. PESSOA PB

CPF 031.476.314-78

JOÃO PESSOA - PB

COMPANHIA BRASILEIRA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

14 MAR 2017

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

17



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.034.929 -2 VIA EXPEDIÇÃO 25/04/2016

NOME ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEREIRA

FILIAÇÃO ARNALDO MARQUES DA SILVA
MARIA DO SOCORRO DE ARAÚJO DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM CASAM N. 9378 FLS. 178 LIV. B-40

CANTORIO 2º DIST J PESSOA PB

031.476.314-78

DATA DE NASCIMENTO 14/03/1976

B +

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

V-02

SEÇÃO GERAL DA SEGURANÇA E DO LUGAR CIVIL R-917

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





NÃO ALFABETIZADO

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

03 JUL. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



Decarlinto

Serviço Notarial - 10º Ofício de Notas

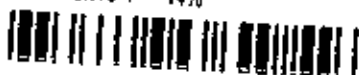
João Pessoa - Estado da Paraíba

Sérgio Albuquerque

Tabelião



DOCUMENTO 4 "T4%"



LIVRO: 0747

FOLHA: 012



PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 10 (dez) dias do mês de fevereiro do ano de 2017 (dois mil e dezessete), neste **DECARLINTO - SERVIÇO NOTARIAL**, situado na Av. Fernando Luis Henrique, 75 - Bessa - João Pessoa - PB, foi lavrado o presente Instrumento de Procuração Pública em que, perante mim, **SÉRGIO ALBUQUERQUE - Titular**, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA**, brasileira, casada, diarista, portadora do Documento de Identidade nº 2.034.929-2 via-SSDS/PB, inscrita no CPF/MF nº 031.476.314-78, residente e domiciliada na Rua Ailton Cesario, 115, Mandacaru, nesta cidade de João Pessoa-PB. Deixa a Outorgante, às margens deste instrumento, suas digitais de seu polegar direito, por não saber ler nem escrever, assinando a seu rogo **MARCIA CESAR DUARTE**, brasileira, divorciada, tanatopraxista, portadora do Documento de Identidade nº 033817057-1FP/RJ, inscrita no CPF/MF nº 024.415.817-75, residente e domiciliada na Rua Elisio Jorge de Brito, nº 148, Ap 101 Bairro Jardim Oceania, Joao Pessoa-PB CEP 58036-685; identificada(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário(a), à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) procurador(es): **JOSE EDUARDO DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 12578, inscrito no CPF/MF nº 455.536.024-91 e a **Dra. ALEXANDRA CESAR DUARTE DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 14.438 inscrita no CPF sob nº 046.502.754-74, com escritório na Avenida Maria Rosa, nº 58, Manaira, nesta cidade; a quem concede os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral com os da Clausula AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA, em qualquer Juizo, Instancio ou Tribunal, podendo em conjunto ou isoladamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos e acompanhando até Superior Instâncias, conferindo ainda, poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, pedir e ter vista de processos, apresentar razões de defesas, recursos e pedidos de reconsideração, solicitar juntada e desentranhamento de documentos, apresentar e retirar documentos, assinar, requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, receber e assinar citações, intimações e notificações, pagar taxas e impostos, defender os interesses da mencionada Outorgante; em qualquer ação em que seja réu, autora, assistente, oponente ou de qualquer forma interessada, variar de ações, nomear advogados em especial de representá-la junto a qualquer seguradora conveniada com DPVAT, onde poderá receber, requer e assinar todos os documentos que se fizerem necessários para o recebimento do DPVAT (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais de Veículos Automotores de Terrestre) podendo para tanto, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância, conferindo ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, pagar taxas, guias e impostos, especialmente para autorização de pagamentos e fornecimento de dados para crédito de indenização de sinistro, DPVAT, na forma de pagamento, contra recibo (ordem de pagamento) junto a qualquer agência do Banco do Brasil S/A e finalmente usar de tudo mais que se

Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceania

João Pessoa/PB - CEP: 58.037-050

Fone: 55 (83) 3218.8800 - Fax: 55 (83) 3218.8807 - www.decarlinto.com.br

decarlinto

15

faça preciso ao inteiro e cabal desempenho deste mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, a quem darão tudo por bom, firme e valioso. (Feito sob minuta). Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FEPEJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,01, FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 9,23, ISS - Imposto Sobre Serviços, no valor de R\$ 2,31, sendo os Emolumentos 46,16, pagos em. Selo Digital: AEO67107-TA7Z. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lida, sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, Katia Cristina Souto Grando (), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, SÉRGIO ALBUQUERQUE - Tabelião do **DECARLINTO - SERVIÇO NOTARIAL**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA, MARCIA CESAR DUARTE.

Em testemunho () da verdade.

Katia Cristina Souto Grando
ESCREVENTE

