

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11610760

A/C: EVERTON RAFAEL ARAUJO SOARES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477575 ASL-0336294/17
Vitima: EVERTON RAFAEL ARAUJO SOARES
Data Acidente: 18/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



AMPO 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, EVERTON RAFAEL ARAÚJO SOARES
PORTADOR(A) DO RG Nº 3308938 EXPEDIDO POR SSDS-PB EM 01/08/12 E
CPF 08332139465 / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO AUTÔNOMO
E RENDA MENSAL DE procurador NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Everton Rafael Araújo Soares 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 aparecem 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 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 BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3487 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 003-1210-9

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.

Santa Rita 25 de agosto de 2017
LOCAL E DATA

Everton Rafael Araújo Soares
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

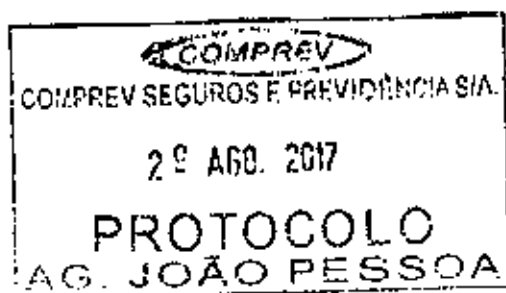
ATENÇÃO

- 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.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 AGO 2017

ASS. JOÃO PESSOA





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
6ª Delegacia Distrital de Santa Rita



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01007.01.2017.1.05.006

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01007.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:35 horas do dia 23 de agosto de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, matrícula 1332198, e lavrado por Jane Cleyde G. de O. C. Dantas, Agente de Investigação, matrícula 1820435, ao final assinado, compareceu **Everton Rafael Araujo Soares**, carteira nacional de trabalho nº 9052761 SÉRIE 0040/PB, CPF nº 083.321.394-65, RG nº 3308938 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Almoxarifado, filho(a) de Maria de Fátima Araujo Soares e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dom Adauto, Nº 62, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Em Frente Ao Antigo Cais, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-7521.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Em Frente a Água Mineral Platina Sentido João Pessoa/campina Grande., Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 18/08/16 05:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE voltava do trabalho e conduzia sua moto em direção à sua residência; QUE nas proximidades da Água Mineral Platina, nesta cidade de Santa Rita/PB, sentido João Pessoa/Campina Grande, foi fechado por um veículo; QUE o notificante perdeu o controle e caiu; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticado com POLITRAUMATISMO, CID 10 T06.8, conforme laudo médico assinado pelo médico Dr Juan Jaime Alcoba Arce, CRM 3323/PB; QUE a moto que conduzia era do tipo CICLOMOTOR /L13154, ano/modelo 2013/2014, de cor preta, placa nº QFY 3986/PB, chassi nº LXYXCBL07E0207875 de propriedade do próprio notificante (EVERTON RAFAEL ARAUJO SOARES).

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.

Santa Rita/PB, 23 de agosto de 2017.



Everton Rafael Araujo Soares
EVERTON RAFAEL ARAUJO SOARES

Noticiante



Procedimento Policial: 01007.01.2017.1.05.006



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Bernardo Rafael Araújo Soares, portador da carteira de identidade nº 3308938 e inscrito no CPF sob o nº 083.321.394-65 residente e domiciliado na rua Dom Adauto, 182 Popular, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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:

- (x) 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.

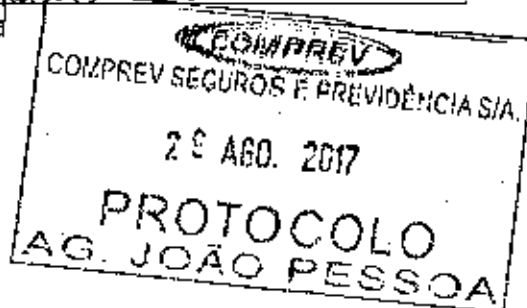
Bernardo Rafael Araújo Soares

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Santa Rita, 25 agosto 2017

Local e data



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 941190

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente

Nome	EVERTON RAFAEL ARAUJO SOARES			Sexo	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário	
01/02/1989	27 anos 8 meses 17 dias	SOLTEIRO(A)	CATOLICA		
Mãe	MARIA DE FATIMA ARAUJO SOARES			Pai	
Escolaridade	MEDIO INCOMPLETO			Responsável (Parentesco)	
			EVERTON - O MESMO(A)		
DDI Móvel	Fone Móvel	DDI Fixo	Fone Fixo		
83	888373204	83	988157521		
Tipo documento	Número documento	NP Cns			
RG (IDENTIDADE)	3308938	700405544741450			
Local de procedência	Tipo		UF		
SANTA RITA	MUNICIPIO		PB		
Etnia	Naturalidade	CBO/R			
	SANTA RITA				

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58301000	SANTA RITA	PB	PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número	Complemento	Bairro	
152		POPULAR	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
18/03/2016 06:20:57	1000005487713	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA/OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
SAMU	AMB DO SAMU		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendida por
NILZA MARINHO DA SILVACOMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 AGO. 2017

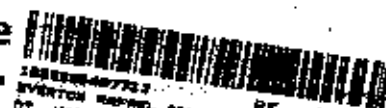
Tempo
02min. 58seg

Imprimir

PROTOCOLO
AG. 1000 PESSOA



Primeiro Atendimento



RECEBUE

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: PROFESSOR LEYDOR RODRIGUES
R. 122 - POPULAR
BOITA NITA
FONE: (037) 88018781
CELULAR: (82) 88077224
JORNAL: 27
DT. ENTREGA:

ATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de trauma de moto.
Refere que ficou um de sapatos. Não dormiu,
náusea, vômito.
Apresenta dor em base HTE e dor abdominal
à palpação, sem sinais de peritonite.
Dor também em cotovelo E e quadril E.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☒ Patentes ☐ 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

2- RUÍDOS
☐ Sim
☒ Não
HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
PR: ☐ Imp ☐ SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pleórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCULTA CARDÍACA
RÍTMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☐ Normotônicas ☐ Hipofônicas
☐ Hipofônicas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU BA: ☐ Sim ☐ Não
FC: ☐ bpm PA: ☒ mmHg T: ☐ °C
ECG:

ABDOMEN: *Algodão, doloroso à palpacao, sem sinais de peritonite.*

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ☐ mm)
Escala de Glasgow:

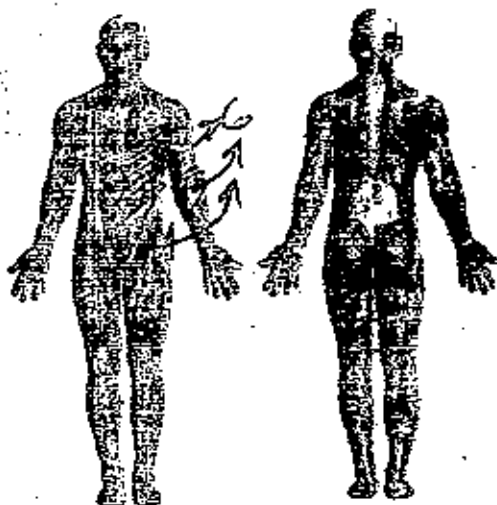
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	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					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encastrado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%): _____

% Graus de queimadura: _____

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☒ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Hemodinâmica inicial		
2			
3	Dipnosa 1a + AD, EV	06/10	
4	SK SUMO EV	06/10	
5	Tetragama 250 UI IM	06/10	
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de Orto. às _____ do dia ____/____/____

Solicito parecer de _____ às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)

DATA

DA _____

☐ Internado (setor)

SAÍDA

☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência

HORAS: _____

☐ Ictus☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JIML☐ SVO

Dr. José _____
 Ortopedia
 Assina _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Everton Rafael Araujo Soares

RG nº 3308938, data de expedição 04/08/2012,

Órgão SSDS-PB CPF nº 083.321.394-65, 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>Dom Adauto</u>
Número	<u>182</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Popular</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58301-200</u>
Telefone de contato	<u>83-9342-1170/3542-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alezanohacarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / PB, 25/08/2017

Everton Rafael Araujo Soares

Assinatura do Declarante

2º AGO. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ROBINARY SMITH DA SILVA SOARES
RUA DOM ADALTO, 187 - POPULAR
SANTA RITA / PB CEP: 58201-200 (AG-1)



Classificação: RESIDENCIAL/BARRA FENDA MONOFÁSICO 6/220, Km 25 - Crls Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
Ratador: 10-B-720-130 Referência: Jun/2017 CNPJ 08.986.183/0001-40 Ins. Est 18.015.823-0
Nº medidor: 0000044374 Emissão: 19/08/2017 Nota Fiscal/Co. de Emissão: NFD00.718.282

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800-083-0196

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora)

Canal de contato

18/08/2017

18/08/2017

Data prevista da próxima fatura

18/07/2017

CPF/CNPJ/RAH

529472044

Faturas em atraso

24/05/2017

Quantidade

Consumo em 20MMWh

Consumo em 31 de 100MMWh

Consumo em 101 de 200MMWh

Adm. B Vermelha

Sistema

ICMS

PIS

COPINS

CONTRIB SERV LUX PÚBLICA

JUROS DE MORA 04/2017

MULTA 04/2017

Devolução Sistema

Base de cálculo

Alíquota

Valor

ICMS

PIS

COPINS

VENCIMENTO

26/06/2017

RS 58,25

Média dos últimos meses

9af4.9e47.f80f.9d8b.108d.3f07.4b9d.2d1e

Indicadores de Qualidade

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Limite de tensão

Composição do valor total da sua conta

Discriminação

Valor

%

Benefício de Desc. de Energia PB

Compreensão Energia

SANCO de Transmissão

Energia Semáforo

Imposto Sincro e Energia

Outros Serviços

Total

Valor do EUSD (Ref. 1/2017) R\$ 14,86

ATENÇÃO

REVISÃO DE VENCIMENTO

Resolução 414 da ANEEL

Devida suspensão do fornecimento

contas pagas não estejam

devidas o pagamento das

Fatura sujeita a cobrança

COMPREV
29 AGO. 2017
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residencia



ALEXANDRA CESAR DUARTE
 AV MARIA ROSA, 22
 MANAIRA
 JOAO PESSOA PB

Código: 907043314837
 OP/CNPJ: 046.802.754-74
 Vencimento: 25/07/2017
 Fonte de Pagamento: boleto bancário

Valor: 28,70

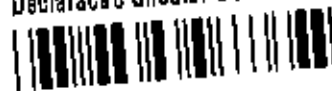
Importante!

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesso por e-mail, apenas via NET e Minha Assessoria. Acesso e cancelamento de seus serviços NET, apenas a partir de segunda-feira, após o envio e cancelamento de todos os serviços.

- | | |
|--|---|
| Minha NET | DESC 1030 |
| ☒ CBO NET MIX HD CDMF | ☒ NET TV |
| ☒ FID | ☒ NET Fone |
| ☒ COMBO VIRTUA 60M FID | ☒ Itens Eventuais |
| ☒ FONE 1.5M LOCAL | |

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 20 AGO. 2017
PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

Valor: 28,70



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, ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Overton Rafael Araújo Soares do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Overton Rafael Araújo Soares e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





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 Everton Rafael Araujo Soares
DATA DE NASCIMENTO 01/02/89
NOME DA MÃE Maria de Fatima Araujo Soares

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 941190
DATA DO ATENDIMENTO 18/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 06:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Politraumatismo
CID 10 T06.8

Documentacao medico - hospitalar



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em hemitórax esquerdo, cotovelo e quadril E, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia, Cirurgia geral.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax bacia, cotovelo E

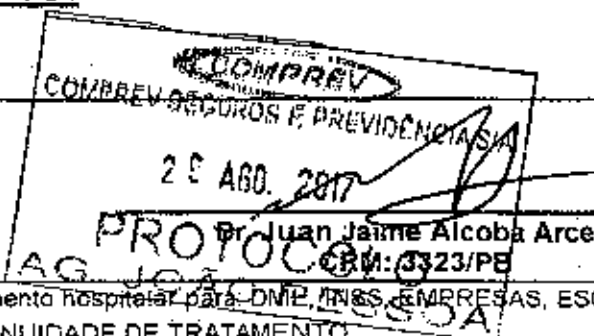
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: sem anormalidades.

TRATAMENTO:

1º atendimento

ALTA HOSPITALAR: 18/08/16
DATA DA EMISSÃO: 25/04/17



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

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

180808487713 85: 841180
EVERTON RAFAEL RAYALDO SOARES
DT. NASC.: 02/02/1982
MRE: MARIA DE FÁTIMA RAYALDO SOARES

RND.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N. 162 - POPULAR
SANTA RITA
FONE: (43) 3093-8761
CELULAR: (43) 996373284
IDADE: 37
DT. ENTREGA:

NOME DO PACIENTE: _____
PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Policia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Arropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas): _____

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____

EXAME FÍSICO PA: ____/____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado
Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfunção tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfunção tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Intussusceções ☐ Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: 18.08.16 (06h45) - Paciente vítima de acidente de moto e HD: trauma/quadril E; encaminhado ao CDI (R40 + FAST); dg. IV. ORTO. EGR, COTE;

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COREN: _____
20 AGO. 2017

DESTINO: _____ ENFERMEIRO: _____

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CAIXA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.21669.46-1

9052761

0040

PB

Carlos Rafael Araújo Soares



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



QUANTIDADE CIVIL - BRASILEIRO

EVERTON RAFAEL ARAUJO SOARES

FILIAÇÃO: MARIA DE FATIMA ARAUJO SOARES
NASCIMENTO: 01/02/1989 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: SANTA RITA - PB
DOCUMENTO: R.G. 3308938 SSDS PB DTDW 2012
LEI Nº 9.049, DE 13 DE MAIO DE 1996
CPF: 083.321.394-25 CNH: 20000000000000000000
TIT. ELEITOR: 20000000000000000000

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTESP - 11/11/2014

SECRETARIA Regional de Trânsito - Departamento de Registro

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

03

20 ABR 2017

PROTOCOLO
AG. LOCAÇÃO PESSOA

Documentos de identificação



Alexandra Cesar Duarte

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Inscrição nº
14438

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Viação
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARGIA CESAR DUARTE

Naturalidade
RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade
BRASILEIRA

Data de Nascimento
21/08/1982

Data da Carteira na O.A.B.
17/09/2008

Data em Colação de Esc.
28/07/2007

Data da Expedição
12/01/2009

Jose Mario Porto Junior
JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

Alexandra Cesar Duarte

07833220

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular da Carteira

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DUT



CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PB		Nº 013176582128	
CERTEFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		48557048666	
1	01/23/2017	007000000000	007000000000
EVERTON PRAEL APOLITO SOARES VILA OPELHIA DE OLIVEIRA USINA ARAUCARIA 58300000 SANTA RITA - PB			
08332139466	073986/PB	PUC	
1978B MOTOR 1.800 12VXCH107E0207875			
PAS/CICLOMOTO/NAO ADJIC		COMBUSTIVEL	
CICLOMOTOR/113154		GASOLINA	
2 P/3 /CV	CATEGORIA	2013	2014
PARTIC		COR PREDOMINANTE	
PRETA			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
N.MOTOR : 1P391MAA130203		0	
SANTA RITA - PB LOCAL		DATA	
35874		22/06/2017	
19712			

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PB		Nº 013176582128	
CERTEFICADO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEICULO		48557048666	
1	01/23/2017	007000000000	007000000000
EVERTON PRAEL APOLITO SOARES VILA OPELHIA DE OLIVEIRA USINA ARAUCARIA 58300000 SANTA RITA - PB			
08332139466	073986/PB	PUC	
1978B MOTOR 1.800 12VXCH107E0207875			
PAS/CICLOMOTO/NAO ADJIC		COMBUSTIVEL	
CICLOMOTOR/113154		GASOLINA	
2 P/3 /CV	CATEGORIA	2013	2014
PARTIC		COR PREDOMINANTE	
PRETA			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
N.MOTOR : 1P391MAA130203		0	
SANTA RITA - PB LOCAL		DATA	
35874		22/06/2017	
19712			

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

29 ABO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA.

FAZER ASSEIURA DE FIDELIDADE
CURTÓRIO E RECONHECIMENTO DE
FIRMA POR AUTENTICIDADE. NÃO
PODE SER POR SEMELHANÇA.

PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

Everton Rafael Araújo Soares
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão
autônomo CI RG nº 3308938
CPF/MF nº 083.321.394-65 residente e domiciliado(a) à Rua
Dom Adauto, 182 - Popular
Cidade de Santa Rita Estado
Paraíba CEP: 58301-200 telefone
83-9342-1170 83-3512-8500

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.

Santa Rita, 25 de agosto de 20 17

3º OFÍCIO

Everton Rafael Araújo Soares

OUTORGANTE 2º AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

