

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11455690

A/C: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170426571 ASL-0296431/17
Vítima: CICERO RAYMUNDO DA SILVA
Data Acidente: 22/08/2016
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



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11455691

A/C: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170426571 ASL-0296431/17
Vitima: CICERO RAYMUNDO DA SILVA
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

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, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO RAYMUNDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170426571**
Vitima: **CICERO RAYMUNDO DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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 3170426571**.

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 12344115





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE



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, CICERO RAYMUNDO DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.422.948 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 27/09/2004
 CPF 727.757.269-53 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Amador
 E RENDA MENSAL DE R\$ INEXISTENTE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CICERO RAYMUNDO DA SILVA, 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 reprogranação 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 Lotéticas 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 0000 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000

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) 3033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 053392-5

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

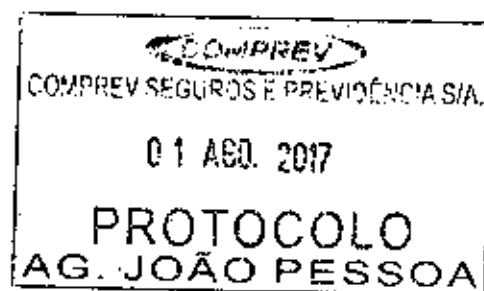
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Alhandra de Julho de 2017 C. C. R. RAYMUNDO DA SILVA
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ ATENÇÃO

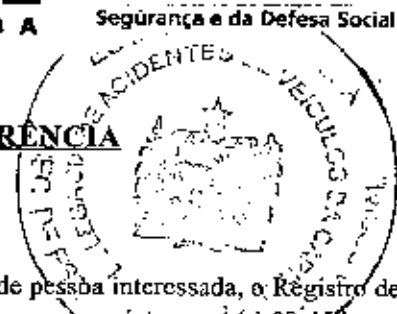
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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 00128.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00128.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:45 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, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Cícero Raymundo da Silva**, CPF nº 727.757.264-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Armador, filho(a) de Maria das Dores da Conceição e Severino Raymundo da Silva, natural de Alhandra/PB, nascido(a) em 17/04/1961 (55 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Alfredo de Carvalho, Nº SN, tendo como ponto de referência Próximo a Um Mercadinho, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99332-8104.

Dados do(s) Fatos:

Local: Zona Rural, Alhandra/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/08/16 00:40h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 22/08/16, por volta de 00:40h, quando conduzia a motocicleta de marca DAFRA/TVS APACHE RTR 150, cor vermelha, ano 2010/2011, de placa NWU-0848/MA, chassi nº 95VGF2J2A8M006163, registrada em nome de Elivando Moraes Ferreira, pela estrada da Cidade de Alhandra/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do antebraço direito, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira por volta das 14:21h, onde se submeteu a procedimentos médicos.

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.

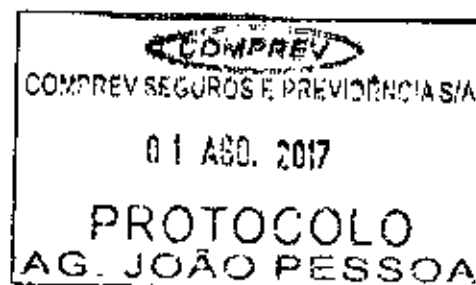
João Pessoa/PB, 17 de janeiro de 2017.



CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

CÍCERO RAYMUNDO DA SILVA
Noticiante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.662-0



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Leandro Raimundo da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.422.248 e inscrito no CPF sob o nº 727.757.264-93 residente e domiciliado na Vila Rica, S/N casa - Mata Redonda, Cidade Alhandra, Estado Pernambuco, 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.

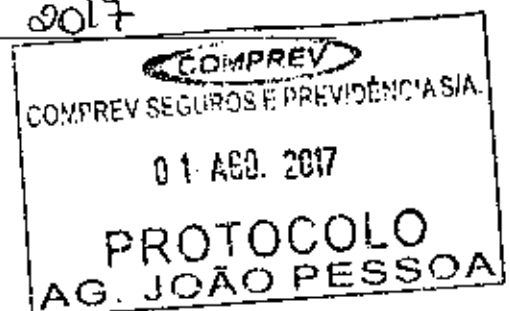
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leandro Raimundo da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Alhandra, 11 julho 2017

Local e data



EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA
AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
1056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
AN: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nº: 000000
Data: 22/08/2016
Hora: 14:21:14
Recapitulando: DENISE FLORENZIO DA AGRA
Clínica: TRAUMATOLOGIA *ANABELA*

ADOS DO PACIENTE
Nome: CICERO RAYMUNDO DA SILVA
NS: 203328584690004 Sexo: M IDENTIDADE: 1422248 Fone: 94049130
Natural: ALHANDRA/PB Data Nasc.: 17/04/1961 Id: 55 ano(s)

Num. de vezes atendido: 1
Num. Precedentes: 2016.08.000001

*3246-1486 } IVANETE
98625.3208*

End.: RUA ALFREDO JOSE DE CARVALHO, SN
Bairro: NATA REDONDA Cidade: ALHANDRA UF: PB
Mãe: CICERO RAYMUNDO DA SILVA
Pai: SEVERINO RAYMUNDO DA SILVA

Comprovação de ato declaratório



Ocupação:
INFORMACOES DE ENTRADA
Refe: CICERO RAYMUNDO DA SILVA
Tel/Doc. Responsável: 94049130 / IDENTIDADE: 1422248

Precedência:

Transporte utilizado: VEÍCULO PRÓPRIO
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 1:30 NA BR SAINDO DE CASA PRO
Vitima de violência por: CENTRO DE ALHANDRA
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

FA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
C. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsão
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vômito
Observação

Caixa Principal

ACIDENTE DE MOTO, FRATURA NO ANTEBRAÇO.

RAVMA ALDO FM ANO 17/0

*Cristina Gomes de Araújo
Téc de Enfermagem
CONV/PB 942.578*

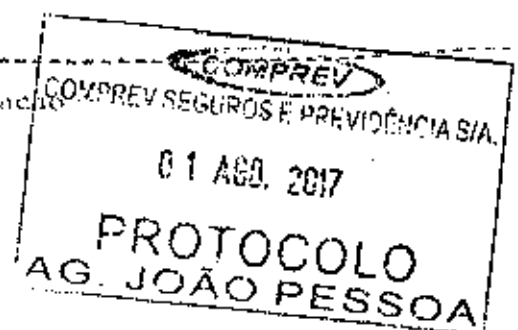
História - Exame Físico - (hora de atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luizeno Raymundo da Silva

RG nº 1.422.248, data de expedição 27/09/2004,

Órgão SSP-PB CPF nº 727.757.264-53 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:

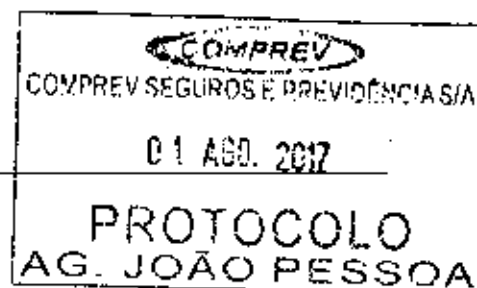
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Rica</u>
Número	<u>514</u>
Aptº / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Mata Redonda</u>
Cidade	<u>Alhagor</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>5832 0000</u>
Telefone de contato	<u>83-99105-5363/99342-470/3512-8500</u>
E-mail	<u>alexanoracarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alhagor / PB, 11/07 2017

Luizeno Raymundo da Silva

Assinatura do Declarante



CIGERO RAIMUNDO DA SILVA
VIA RICA, S/N, CASA - MATA REDONDA
ALHANDRA/PB CEP. 58320000 (A.D.: 18)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B 230, K n 25 - Cota Redutora: João Pessoa (PB) - CEP 08071-880
Fatura: 13 - 25 - 323 - 2180 Referência: Jun / 2017
Nº medidor: 00062584043 Emisso: 22/08/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 08.056.103/0001-40 Ins. Est. 16.215.824-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.872.977
Código para Dúvida Automática: 00034216153

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 54265153

Canal de contato

Jun / 2017

Apresentação

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2017
Procurar a prefeitura de sua cidade até 15/12/2017 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarefa Social de Energia. Para mais informações ligue para o MDSA-0800 107 2003

22/06/2017

Data prevista da próxima leitura

21/07/2017

CPF/CNPJ RANI

Anterior Atual Constante Consumo Dias

17275728453

Data Leitura Data Leitura 50 31

22/06/17 17377 22/08/17 17427

Faturas em atraso

Demonstrativo

29/05/2017 35,01

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	60	0,49687	21,74
Adc. B. Vermeida			0,42
PS			0,24
COPINS			1,11

Histórico de Consumo (kWh)

Mar17	57
Abr17	58
Mai17	72
Jun17	52
Jul17	55
Ago17	54
Set17	80
Out17	73
Nov17	76
Dez17	59
Jan18	55
Fev18	52

Média dos últimos meses 60

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PS	23,51	1,0318	0,24
COPINS	72,61	4,7426	1,11

VENCIMENTO 29/08/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 23,51

489a.7e61.8c85.5fc8.2d36.3088.0743.252f

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 8,27	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 12,54		
DIC ANUAL 25,09	0,00	CONTRATADA 207
FIC MENSAL 3,87		LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL 7,25	0,00	
FIC ANUAL 14,79		
DMC 3,71		
ORCU 12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	8,22	35,24
Consumo de Energia	9,67	42,41
Serviço de Transmissão	0,59	2,51
Energia Solar	3,08	13,10
Impostos, Oneros e Encargos	1,95	8,34
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	23,51	100,00

Valor do BUEO (Ref 4/2017) R\$ 12,86

ATENÇÃO

RELAÇO DE VENCIMENTO: Caso dia(s) de vencimento(s) seja(m) diferente(s) da data de emissão da fatura, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 07/07/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para cancelamento. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.

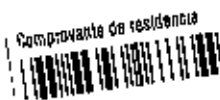
VENCIMENTO 29/06/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 23,51

Parabá PARAIBA
Roteiro: 13 - 207-323-2180
Matrícula: 428515-2017-05-2

836300000000-4 23510054000-6 04285152017-5 06200200019-8



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
01 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ALEXANDRA CESAR DUARTE

AV MARIA ROSA, 53
MANAIRA
JOÃO PESSOA PB

Código
907013314867

Vencimento:
25/07/2017

Valor:
289,71

CPF/CNPJ
046.502.754-74

Forma de Pagamento:
boleto bancário

PARA A FATURA DEBITO AUTOMATICO DUVIDAS, ACESSSE WWW.NETCOMBO.COM.BR

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse net.com.br opções Minha NET > Minha Assinatura. Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Minha NET

- ☒ CBO NET MIX HD CONF R/D
- ☒ COMBO VIRTUA COM F/D
- ☒ FONE 2 LIN LOCA

descrição

- ☒ NET TV
- ☒ NET Fone
- Itens Eventuais

001/001

ICIEI

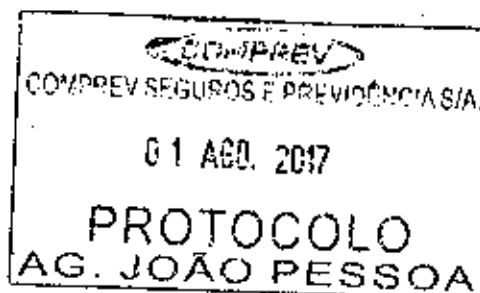
144,90

65,48

79,33

Valor Total

289,71





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,

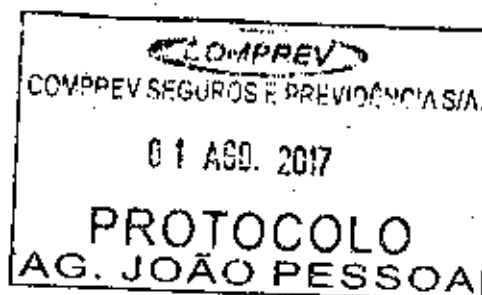
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Recusou
Raimundo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez
da vítima Recusou Raimundo da Silva e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





W!
FATURADO

Documentação médico-hospitalar



[Handwritten signature]

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

Prontuário *Ex*
Enviado 26.10.16

PRONTUÁRIO

SISREG
INTERNO EM
22.08.16
VISTO *[Handwritten signature]*

Nº: 2016.08.1881

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME DO PACIENTE:

Cícero Raymundo da Silva

ENFERMARIA: 01 LEITO: 03
AN- Exto



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Cícero Raymundo de Silva Data da Admissão: 22/08/16
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: Dor e deformidade articular
HDA: Nítido de dor em to / queda de peso
que se tendo futuro de dor de articular

Ortografia:

Dr. Korte

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ 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
☐ 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



Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo _____ Alimentação _____

Exercício Físico: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

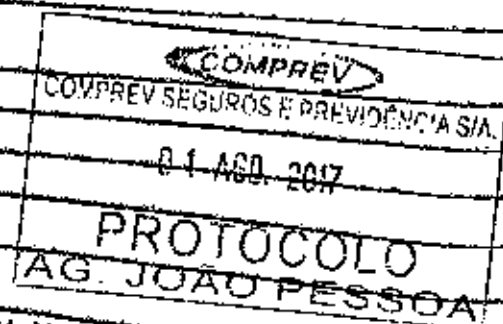
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura do antebraço @*

Conduta: *Internar p/ Hx cirúrgica*





Comunidade
MANGABEIRA
GOVERNADOR CARLOS DUARTE

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE PARECER

Dr. Daniel Braga Cavalcante
MÉDICO
CRM 9248 PB

Médico Requerente

Especialidade Solicitada

Cardiologia

Data e Hora:

22/08/16

Avaliação: Rotineira () Urgência ()

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome

Licero Raymundo da Silva

Idade

Sector Urgência ()
Enfermaria ()

Isolamento ()
UTI ()

Leito

RESUMO - JUSTIFICATIVA

Paciente em tratamento

Dr. Daniel Braga Cavalcante
MÉDICO
CRM 9248 PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A.
01 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DO ESPECIALISTA

23/08/16 por 170100 PCR 21 81 5206 PC: 82
paciente, Atualizado, por
fls 16, sobre UTM, por
estudo de caso IS, por
CD - 05 I
- 600000 I
- 600000 I
Assinatura

Wagner Berto Targino Filho
Coordenador Geral
0800 0100



JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA: 13/09/16 HORA: 18:30h

PACIENTE: Cícera Raimundo da Silva

FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM () NÃO (X)

ENFERMARIA: LEITO:

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

Cirurgia suspensa devido o
avergar da hora. Durante o dia
não tivemos sala para operar e nem
fundeira. Terminamos agora a
última cirurgia.

Dr. Frederico ...
CRM ...
RUA ...
TELEFONE ...

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA COORD. SUPORTE À VIDA



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PRONTUÁRIO Nº	
RAÇA	SEXO	CLINICA	UNF
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
EXAMES DIAGNÓSTICOS			
EXAMES EXTERNOS			
PROCEDIMENTO REALIZADO:			
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O.	☐ SIM	☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL
RESULTADO BACTERIOLOGIA	☐ SIM	☐ NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA	☐ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO
☐ CURADO		☐ ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO			
HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES			
DIETA:			
REPOUSO:			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			
RETORNO			
DATA			
ASS. MÉDICO / CRM			

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			

PRINCIPAIS EXAMES	
PROCEDIMENTO REALIZADO:	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	
ANATOMIA PATOLÓGICA	
INFECÇÃO F.O.	☐ SIM ☐ NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA	
CONDIÇÃO DE ALTA	☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
----------------	---

DIETA:	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO:	01 AÇO. 2017
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	PROTÓCOLO
MEDICAÇÕES PARA CASA:	AG. JOÃO PESSOA

RETORNO	Ao posto de saúde em	Ao Ambulatório do
DATA		ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DI.F.06

E. Elv Romão da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.422.248-2 via DATA DE 27.09.2004.
GERAL EXPEDIENTE

NOME CICERO RAYMUNDO DA SILVA
Severino Raymundo da Silva

FILIAÇÃO Maria das Dores da Conceição

Alhandra PB. 17.04.1961

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
Cert. Nasc. 5117-Fls. 41. Liv. 07. Cart

DOC. Alhandra PB.

CPF 727.757.264-53

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.119 DE 28/08/83

COMPROV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

01 ABO. 2017

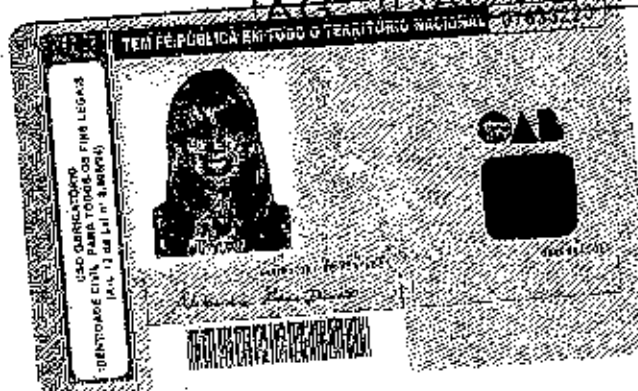
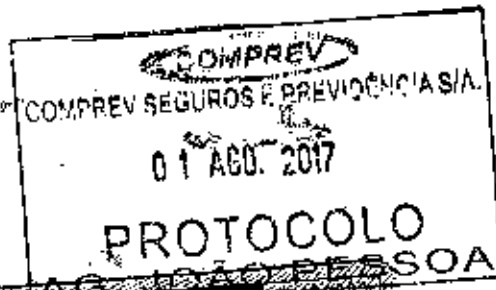
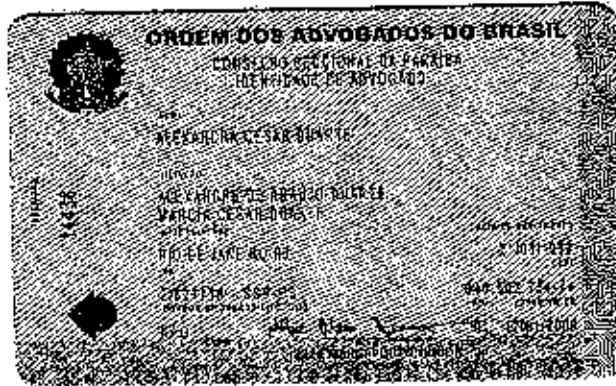
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

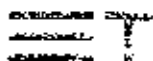
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

727.757.264-53

CICERO RAYMUNDO DA SILVA





ALEXANDRA CESAR QUARTE

AV MARIA ROSA, 58
MANAIRA
JOAO PESSOA PB

Código

907/013314867

CPF/CNPJ

048.502.754-74

Vencimento:

25/07/2017

Forma de Pagamento:

boleto bancário

Valor:

289,71

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE WWW.NETCOMBO.COM.BR

001/001

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse netcombo.com.br, opção Minha NET > Minha Assinatura.
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Minha NET:

- ☒ CBO NET MIX HD CONF FID
- ☒ COMBO VIRTUAL 60M FID
- ☒ FONE LIM LOCAL

descrição

NET TV

NET Fone

Itens Eventuais

total

144,90

65,48

79,33

Valor Total

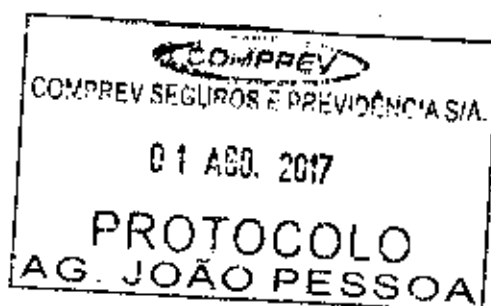
289,71

EUCICENA RAYMUNDO DA SILVA Rg: 1.422.248 CPF: 727.757.
264-53

Declaro para os devidos efeitos que sou proprietário e condutor da
moto, de marca DAFRA/TVS Apache 150, cor vermelha, ano
2010/2011, de placa: NWU-0848/MA, Classi No 95 VGF 272AD0006
165, em nome de Elivando Mariais Ferreira, porém eu não conheço
só proprietário da mesma desde 2016 nunca tive em contato com o
proprietário o qual a moto está no nome que ainda não foi
passada por meu nome, desta forma venho solicitar a marcação
da minha pericia



João Pessoa, 11/Julho/2017



DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Laicero Raymundo da Silva
brasileiro, solteiro Armador, portador do RG de Nº
1.422.248 e CPF de Nº 727.757.264-53, vítima de acidente de
transito dia 22/08/16 no veículo moto de placa
NWU-0848/M, onde eu era Condutor, de propriedade
de Olivando Morais Ferreira, VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

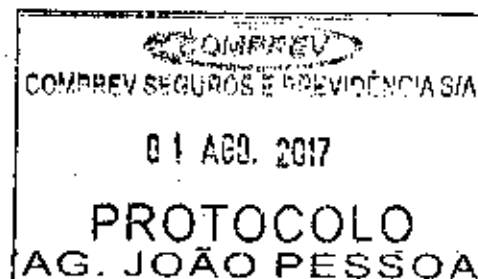
(☒) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de DPVAT Suspeito, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

Laicero Raymundo da Silva

DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Alhandra de Julho de 201 17



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296431/17
Vítima: CICERO RAYMUNDO DA SILVA
CPF: 727.757.264-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/08/2016
Titular do CPF: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 145/12
Documentos de identificação
Procuração

CICERO RAYMUNDO DA SILVA : 727.757.264-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 01/08/2017
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Cícero Raimundo da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
agricultor, CI RG nº 1.422.248-2 SSP-PB,
CPF/MF nº 727.757.264-53, residente e domiciliado(a) à Rua
Velha Juca 5/N - Casa - Mata Redonda,
Cidade de Alhandra, Estado
Paraíba, CEP: 5832 0000, telefone,
83-9342-1170, 83-3542-8500.

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

01 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Alhandra, 11 de Julho de 20 17.

 Car.

Cícero Raimundo da Silva

OUTO



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 08.870-0

R. Paraíba 1230 - Centro, João Pessoa - PB 58320-000 - Tel: (81) 3334-0000 - Fax: (81) 3334-0001

Reconheço por autenticidade a assinatura de CÍCERO RAYMUNDO DA SILVA

a qual confere com o pedido registrado nessa serventia, dou fé.

João Pessoa, 11 de Julho de 2017

Em Teste de Verdade

MARCELO TIMOTEO DE OLIVEIRA - Escrevente (Gtd 1: Total R\$ 11,61)

Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B: AFJ44669-2867

Controle eletrônico do ato em: <https://autodigital.cjbpb.jua.br>