

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA

Nº Sinistro: 3180444746

Vitima: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA

Data do Acidente: 07/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444746**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

09031945463

Nome completo da vítima

Hugo Leonaldo da Silva Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Hugo Leonaldo da Silva Ferreira	090.319.454-63	Vendedor
Endereço	Número	Complemento
Rua Ómmanuel Lins de Souza	855	AP 302
Bairro	Estado	CEP
Mangabeira	PB	58057020
Email	Telefone (DDD)	
	(83) 986634900	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.000,00 | |

CONTAS POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

4915

CONTA

21885

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 3.000,00 | |

CONTAS CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome:

AGENCIA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A

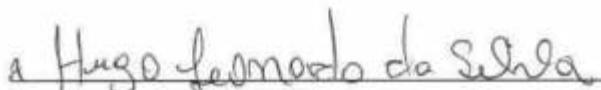
24 SET. 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA PESSOA

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



Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01702.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01702.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 08:21 horas do dia 06 de setembro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Hugo Leonardo da Silva Alves Ferreira**, CPF nº 090.319.454-63, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vendedor, filho(a) de Norma Lucia da Silva Ferreira e Valter Alves Ferreira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/08/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Emanuel Lisboa de Lucena, Nº 655, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Ponto Final 301, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-1573.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Diogo Velho, Caixa de Água da Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/12/17 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

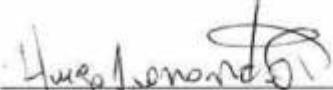
QUE trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA CG 150 FAN ESI, ano e modelo:2013 de cor preta,placa:NQJ 9243/PB, Chassi nº 9C2KC1670DR454467,registrado em nome do notificante;QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão e por uma distração sua ao cruzar para a rua Digo velho colidiu com outro veículo GM/S10 de cor prata;QUE segundo o notificante o condutor do veículo S10 ficou no local ate a chegada do resgate de bombeiros;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0983/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 15.01.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo resgate de Bombeiros Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação



HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES
FERREIRA
Noticiante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Hugo Benardo da S. A. Perin | CPF da Vítima 090 319 454 63 | Data do Acidente 07/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

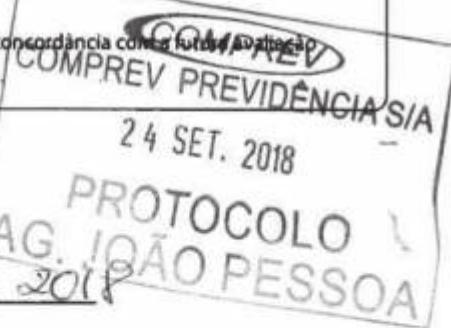
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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


24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 15 de Setembro de 2018
Local e Data

Hugo Benardo da S. A. Perin

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 84682 Atd: Nao Regul.
Data: 07/12/2017
Hora: 14:18:18 ✓
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S.
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986231573
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/08/1992 Id: 25 ano(s)
End.: RUA EMANUEL LISBOA DE LUCENA, 655APT 302
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: NORMA LUCIA DA SILVA Pai: VALTER FERREIRA ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: ESPOSA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pr. edencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: BOMBEIRO
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO COM CARRO NA RUA DIOGO VELHO
Vitima de violencia por: AS 13HRS *CONDUTOR *
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR: []
FC: TP: []
Peso: Altura: []
Glicemia: IMC: []
Circ. Abd: O2%: []

Queixa Principal

CO: "O MOPTO X CARRO, COM ESCORIACOES E TRAUMA
NO. NEGA TRAUMA NA CABECA.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

24 SET. 2018

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de colisao moto x carro, c/ capacete, reprimindo dor e limitacao de movimentos da perna direita. Nega pinda da consciencia ou vomito. Glasgow 15. Abdomen plácido, indolor. Bacia estetica.

Alergias: nega

Diagnóstico: colidário vacinal: não sabe informar

escricaao

rona Ig + AD ev agora

espirra, IM, agora ja fez na gara

Conduta 1º atendimento

Rx

Analise da Ortopedia

Alta da Cir. Gen

Marcela Vheira
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 26450
CRM-PB 9020

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA
RUA EMANUEL LIMA DE LUCENA, 655, AP 302 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58057020 (AO: 1)

Emissão: 23/03/2018 Referência: Mar/2018 ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Sucessão: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B120, KM 25 - Centro, Rio do Fogo / PB - CEP: 58071-880
Roteiro: 14 - 5 - 366 - 8346 N° medidor: 00001195298 CNPJ: 09.095.182/0001-40 Insc. Est: 16.015.823-0



Nota Fiscal / Conta de Energia Energisa N°C4-085.275
Cód. para Déb. Automáticos: 00018957227

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	23/03/2018	24/04/2018	9031945463 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1695722-7

Canal de contato

- Furtos de energia são maior roubo. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica quem não faz: o furtivo prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consum. o	Dias			
Data	Lectura	Data	Lectura				
22/02/18	7718	23/03/18	7720				
Despesas Administrativas							
CCO - Distrito	Quantidade Tensão	Valor Base Custo	Ant. Istru/RB	Base Custo Pe/RB	Outro/RB		
	T-1,0000	0,00	0,00	0,00	0,00		
0801 Consumo em kWh	0,0000	48,80	0,00	12,16	4,68	0,32	1,31
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807 CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	0,00	1,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE VÓRA 01/2018	0,00	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE VÓRA 02/2018	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 01/2018	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 02/2018	0,00	1,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO Código de Classificação do item: TOTAL 68,80 48,80 12,16 4,68 0,32 1,31

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTA A PAGAR
84 02/04/2018 R\$ 53,60

Histórico de Consumo (kWh)

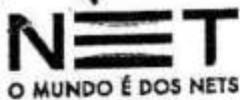
88	78	31	32	35	51	62	48	55	58	62	36
Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Agosto/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Janeiro/18	Fev/18

RESERVADO AO FICHEIRO
d6db:8828.bbo/r219.9281.5410.0-d2.0f4b.

Indicadores de Qualidade			Consumo de Energia - %		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	L., %	Valor	%
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10,38	10,38	10,38	100,00	12,27	24,7%
23,77	23,77	23,77	100,00	16,87	30,2%
0,00	0,00	0,00	0,00	16,73	30,1%
0,00	0,00	0,00	0,00	16,57	29,9%
0,00	0,00	0,00	0,00	16,56	29,9%
0,00	0,00	0,00	0,00	16,56	29,9%
12,93	12,93	12,93	100,00	12,57	23,57
12,94	12,94	12,94	100,00	12,56	23,57
12,22	12,22	12,22	100,00	12,00	0,00
Total			53,60	100,00	
Vigor. 02/04/18 (Ref. 1/2116) R\$ 21,72					

Lectura confirmada ATENÇÃO Faturas em atraso

ATENÇÃO
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



JOSE EDUARDO DA SILVA
AV. MARIA BISPA, 00082
MANAÍRA
58035-460 - JOÃO PESSOA - PB.

Código NET
907/014527082

Vencimento
10/10/2018 **199,99**

CPF/CNPJ
455-536.024-91

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004



Minha NET:

- ④ BDA LARGA NET
- EMPRESAS 60 MEGA FID
- ④ FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL: 1L

descrição

- ④ **NET VIRTUA +**
- ④ **NET Fone**

total

145,00

54,99

Valor total
199,99

④ NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

01/09/18 A 30/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID
145,00
Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +
145,00

Total NET VIRTUA +

④ NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO
LIGAÇÕES LOCAIS	0h02m06s
ASSINATURA	54,99
Total NET Fone	54,99



TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um supenguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**

Acesse net.com.br/monet e assine já!

Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada

Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.



RÉGISTROS DE ATENDIMENTO:

907182798726744,
907182798545629,
907182798545629,
907182798525319,
907182791389254

- ! - Para atendimento presencial consulte as endereços no site net.com.br
- Entre o desligamento de seu sinal efetuado o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
- Deficiente Auditivo e de Fala ligue 0800 721 7767 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
- Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (não de ligação local).

Central de Relacionamento NET: 10621 e 0800-7217707
(deficientes auditivos)
Divisória 0800710100

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESF, BANRISUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL.

Ciente
JOSE EDUARDO DA SILVA

Identificação para Débito
NET SERVICOS 9070145270823

Mês Referência
Setembro/2018

Vencimento
10/10/2018

Valor
199,99

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Geraldo Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hugo Leonardo da S. A. Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 090 319 454-63, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Hugo Leonardo da S. A. Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754-74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Av. Maria Rosa</u>	Número	<u>82</u>	Complemento			
Bairro	<u>Manauá</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58038-460</u>
Email							
	Telefone comercial (DDD)				Telefone celular (DDD)		
	<u>(83) 9 8663-3900</u>						

João Pessoa de 08 de Outubro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

UNIFREVE/REVIDUC
03 OUT. 2018
PROTÓCULO
0090 PEGO

CERTIDÃO

Nº. 0983/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº84682 e Prontuário de Nº 2017.12.0954, pertencentes a **HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA** que foi atendido dia 07/12/2017 às 14H18min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tibia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/12/2017 e alta médica dia 17/12/2017.

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

João Pessoa, 23 de Julho de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Hugo Leonardo da Silveira Data da Admissão: 07/12/17
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / / _____

QPD: Dor em peito D- _____ pomo, dor _____

HDA: Fazendo atração de fraude _____ doe dor no teto com _____

dor em peito D- _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudores []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 []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Hugo Leonardo da S. A. Freira			Registro:			
Idade:	25	Sexo:	M	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	07/12/17	Cirurgião:	Dr. Maurício			1º Assistente: Dr. Ewerton	
2º Assistente:				3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	O. llaviz			Tipo Anestesia:	Laguna		
				Horário:	I:	T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Frat. exposto de tibia e P

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Olleno

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

frat. cirurgia de frat. exposto: limpeza
de sangue + desinflamação + sutura +
frat. extenso



PRO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (x) Não	Descreva:
--------------------------------	------------------------	-----------

Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (x) Não
------------------------	------------------------

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias:

Cirurgias: _____ []HTF

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

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

Exercício Físico: Alimentação:

Antecedentes Familiares:

HAS DM TB NEO ::

II H _____ DM _____ TB _____ NEO _____

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: _____ / _____

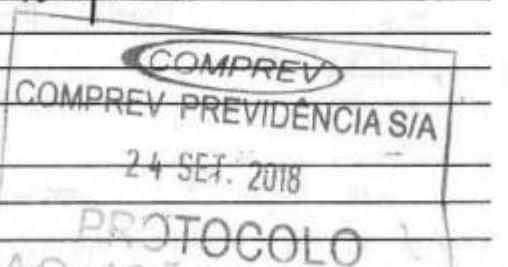
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: fecal. frot. de reua □.

Hipóteses Diagnósticas: fat. Anorexia nervosa D. | REVISI覩A | 24 SET 2018

Conduta: ~~10.1~~ pedir: NHC + devidamente + autorizada ex.

- interactions of Androgen + test. hormones



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Furent em DDT nos antra
- ② Anest. autoneura.
- ③ Aponçao de caupor interno

Incisão:

- Achados: ① fist. exposta de TNA

- Conduta: ⑤ Lavagem necânia com S.F. 0,9% ietaurina
- ⑥ Desbridamento (de tecido devitalizado)
 - ⑦ Sutura de ferimento
 - ⑧ Aponçao de fráscor de tecido limpos em fist. exposta de TNA, nos órgaos.
 - ⑨ Lavagem necânia (igo com novo frasco).

Fechamento:

- ⑩ Clavato ocluso com gaze estéril
- ⑪ Ocup. de contudo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2010

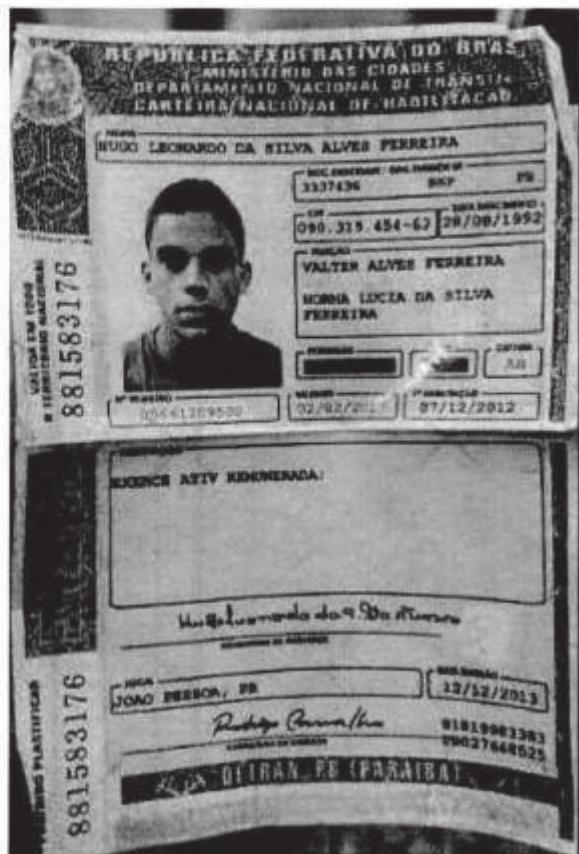
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS:

Data: 07/12/17

MÉDICO/CRM

R1+
Dr. nome



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE
DETRAN-PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013929412470

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO	
1	0052505676-9	00/00000000	2017	
NOME				
HUGO LEONARDO DA SILVA A FERREIRA				
CPF/CNPJ		PLACA		
09031945463		NQJ3243/PB		
PLACA ANTO/UF		CHASSI		
NOVO PB		9C2KC1670DR454667		
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTOCICLETE, N.º AP/TC		ALCOOL/GASOL		
MARCAS / FG / TAN		ANO FAB.	ANO MOD.	
2 P/149 /C1		2013	2013	
CATEGORIA		COR/PREDOMINANTE		
PARTIC		PRETA		
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
FAV. ALIVA		20/00/0000	1 ^o	
*****		PARCELAMENTO / COTAS	2 ^o	
VIA		0	3 ^o	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DADA DE PAGAMENTO
*****		SEGU	PAGATO	08/01/2018
OBSERVAÇÕES				
A.F. BANCO HONDA - A NÃO VÁLIDO PARA TRANSPRENDIA 0				
JOAO PESSOA - PB		32280	10/01/2018	33294

SEGURO OBRIGATÓRIO DE
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTES

PB Nº 0139294

ESTE É O SEU
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES

WWW.SÓ
SAC D

VIA
1 09031945463

RENAVAM
00525056769

ANO FAB.
2013

CAT. Série
9 90

FNS (R\$)

VALORES DE PAGAMENTO

PRÉMIO TOTAL (R\$)

PAGAMENTO

CUSTO DO BRINHETE (R\$)

SEGURAL
CNPJ
33294-09

COMPRE
COMPREV
PREV

24 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Hugo Leonardo da Silva Alves Ferreira,
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Vendedora, CI RG nº 3337436,
CPF/MF nº 090.315.454-63, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Emmanuel Lúcia de Lucena, 855. AP. 302 Kings.
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58057-020, telefone
(83)99305.5363, (83)98663.4900.

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
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET 2018

PROTOCOLO

3 dias passa em AG. 100 PESOS DA de 20 58:

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

CARTÓRIO  Hugo Leonardo dos Reis e Pimentel
VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350280/18

Vítima: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERR

CPF: 090.319.454-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2017

Titular do CPF: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Documentos de identificação
Procuração

HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA : 090.319.454-63

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350280/18

Número do Sinistro: 3180444746

Vítima: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERR

CPF: 090.319.454-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2017

Titular do CPF: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA