

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

Carta nº 13426773



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 Leonardo da D. A. Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Hugo Leonardo da D. A. Ferreira		CPF titular da conta 090.319.454-63	Profissão Despedida
Endereço Rua Emmanuel Louzboa de Lucena		Número 855	Complemento AP 302
Bairro Mangabeira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRQ. 4915

D/V

CONTA

NRQ. 21885

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRQ.

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRQ.

(Informar dígito se existir)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO

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.

João Pessoa 15 de Setembro de 2018

Local e Data

Hugo Leonardo da Silva

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 íntegra: 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.**

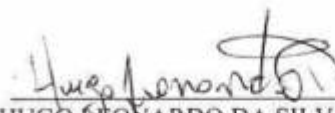
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 Diogo Velho colidiu com outro veículo GM/S10 de cor prata; QUE segundo o notificante o condutor do veículo S10 ficou no local até 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
Notificante



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 <u>Hugo Leonardo da S.A. Pereira</u>	CPF da Vítima <u>090 319 454 63</u>	Data do Acidente <u>07/12/2017</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



João Pessoa 15 de Setembro de 2018
Local e Data

Hugo Leonardo da S.A. Pereira
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
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S.
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA Num. Prontuario: 2017.12.000954

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

Precedencia: 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR: IMC:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

[] Vomito

Observacao

CO: MOPTO X CARRO, COM ESCORIOCOES E TRAUMA
NO: NEGA TRAUMA NA CABECA.

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
24 SET. 2018

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de colisao moto x carro, c/ capote, suprimido dor e limitacao de movimentos da perna direita. Nega perda da consciencia ou vomito. Glosa oral.

Alergias: Nega

Polivacinal: não sabe informar

Conduta 1º atendimento

Rx

Avaliacao da ortopedia

Alta da Cir. Geral

escricao

Horario da medicacao

zona Iq + AD EV agna

aprima, IM, agora falta na casa

Marcela Vieira
CIRURGIAS GERAIS
CRM-PE 26450
CRM-PB 9820

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberaçao.

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Emissão: 23/03/2018 Referência: Mar/2018

Classe/Suécia: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roxers: 14-5-366-8348 Nº medidor: 00001795253

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 09.086.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Comiss: Energia Elétrica Nº04-085.275
Cód. para Diab. Automática: 00019957227

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	90319-5463
------------	------------	------------	------------

UC (Unidade Consumidora): 5/1695722-7

Canal de contato

- Furtos de energia elétrica são a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto 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 de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
22/02/18	7718	23/02/18	7782						23
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alto Tarifa(R\$)	Base Calc Pa(R\$)	Condi(R\$)		
		T.L. da Tabela(R\$)		DMS(R\$)	ICMS	Pa(R\$)		(0,6774%)(0,1214%)	
0801	Consumo em kWh	10.000,00	0,4840	4840,00	0,00	25	12,15	48,62	0,34 1,51
CANCELAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 01/01/18			0,84	1,00	0	0,00	0,00	0,27 0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2018			3,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 01/2018			1,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 02/2018			1,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	53,80	48,80	12,15	46,62	0,32	1,51
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

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

Histórico de Consumo (kWh)

66	70	31	35	58	51	22	45	75	12	82	35
Mar17	Apr17	May17	Jun17	Jul17	Aug17	Sep17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18

RESERVADO AO FISCAL

Indicadores de Qualidade

	Limites de ANEEL	Acurado	Limite de Tensão (V)
DIG VERBAL	0,19	0,00	
DIG TRISETRAL	0,26		270
DIG ANUAL	0,37		
FIC MENSAL	0,23	0,00	
FIC TRISETRAL	0,47		
FIC ANUAL	0,73		
DMC	0,34	0,00	
DER	0,22		

Atividade	Valor (mil)	%
Divisão de Dist. de Energia PE	13,27	24,74
Divisão de Transm.	15,87	29,24
Divisão de Transm. e Dist.	4,73	8,78
Divisão de Transm. e Dist.	3,07	5,68
Divisão de Transm. e Dist.	12,95	23,97
Divisão de Transm. e Dist.	3,00	5,59
Total	53,90	100,00

VNU-IPJ80 (Rev. 1/2016) Pg 21/72

-Letter confirmed

ATENÇÃO

Faturas em atraso

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

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

001/004



Minha NET:

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

descrição

- ⊕ NET VIRTUA +
- ⊕ NET Fone

total

145,00
54,99

Valor total
199,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +	
01/05/18 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 +	145,00

NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO
LIGAÇÕES LOCAIS	0h02=00s
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 superguia 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.



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

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, estes 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 4084-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 16621 e 0800-7217767
- (deficientes auditivos)
- Devidoria 08007010100

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
007182796726744
007182796585626
007182796585626
007182796585626
007182796585626

Autenticação Mecânica

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 BRASILIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESPA, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL

Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
NET SERVICOS 9070145270823	Setembro/2018	10/10/2018	199,99

Cliente
JOSE EDUARDO DA SILVA

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 Cesar 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 Invalidação 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>Chacara</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 98663-3900</u>	CEP <u>58038-460</u>
	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa de Outubro de 2013
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



CERTIDÃO


Nº. 0983/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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 tíbia 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de Julho de 2018

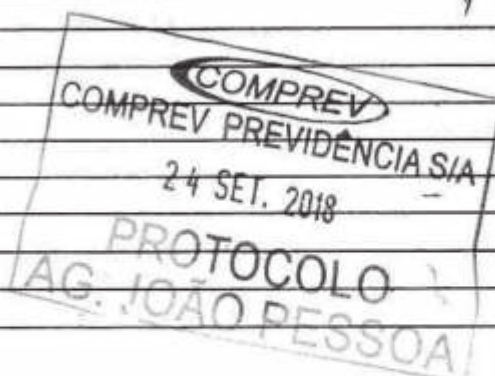

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Hugo Leonardo de Silva 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 punho D.
 HDA: Paciente com dor de punho D. e punho L. com
dor em punho Direto.



Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

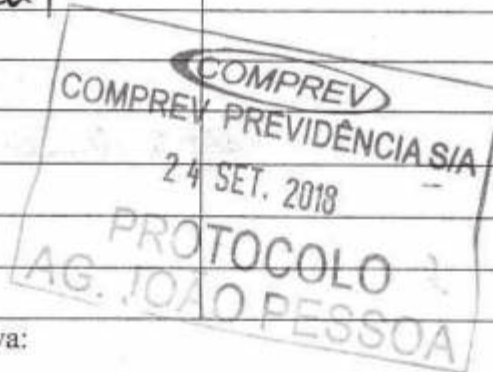
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

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

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Hugo Leonardo dos S. A. Pereira				Registro:	
Idade: 25a	Sexo: M	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 07/12/17	Cirurgião: Dr. Maurício			1º Assistente: Dr. Eneas	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: O. Elias		Tipo Anestesia: Local		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fract. exposta de tíbia D					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
Osteíte					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
trat. cirúrgico de fr. exposta: limpeza no campo + desbridamento + sutura + fix. externa					
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

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Exame f. de p. D.*Hipóteses Diagnósticas: *fat. ex. de p. D.*Conduta: *10-12 kg. LMC + dehidratação + aporte de fix. externo.**- Interação p/ tratamento + trat. hospitalar**Dr. João Paulo F. Pinheiro CRM 109350-SP*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Lavagem em DPH sob anestesia
- 2) Anestesia autônoma.
- 3) Aponção de campo interno

Incisão:

Achados:

- 1) físt. externa de TUBA

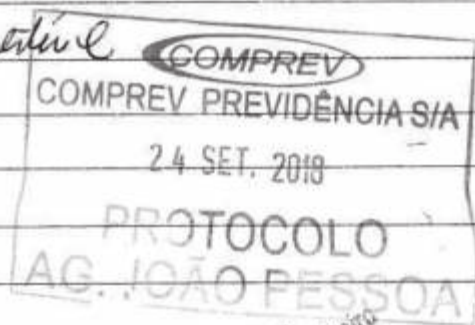
Conduta:

- 1) Lavagem mecânica com SF 0,9% estéril
- 2) Desbridamento de tecido devitalizado
- 3) Sutura de ferimento
- 4) Aponção de fixador externo linear em físt. externa de TUBA, sob anestesia.
- 5) Lavagem mecânica com norfloxazona.

Fechamento:

- 1) Curativo oculto com gaze esteril
- 2) Oção de curativo.

OBS:



Data: 07/12/17

MÉDICO/CRM

R1+
Dr. [assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CANTINA NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome: HUGO LEONARDO DA SILVA ALVES FERREIRA

RG: 1337436 **UF:** PE

CPF: 090.375.454-63 **Data de Nascimento:** 28/08/1992

Endereço:
 VALTER ALVES FERREIRA
 NORMA LUCIA DA SILVA
 FERREIRA

Telefone: **Cidade:** **UF:**

Nº de Habitação: 00441209500 **Data de Entrega:** 02/02/2013 **Data de Vencimento:** 07/12/2012

Fonte Ativ. Reconhecida:

Hugo Leonardo da Silva Alves

Assinatura: *João Pessoa, PE* **Data:** 12/12/2013

Roberto Carneiro **Nº de Habitação:** 01819083383 **CPF:** 09027648525

Localidade: RUA OLIVARIA, PE (PARAIBA)

VALIDA EM TODAS
 AS SECRETARIAS DE HABITAÇÃO
 881583176

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE - DATA EMISSÃO UF
2627718 GP PA

CPF
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

PERÇAO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

NÚMERO
01061265660

VALIDADE
16/01/2019

VALIDAÇÃO
29/06/2001

**VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
894056231

CRISTALIZAÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular

IDAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

Rodrigo Carneiro
Assinatura do Emissor

66588356744
52027919595

PROVIDÊNCIA PLASTIFICAR
894056231



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Hugo Leonardo da Silva Alves Ferreira,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Vendedor, CI RG nº 3337436,
CPF/MF nº 090.315.454-63, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Emmanuel Leão de Lucena, 855, AP. 302 Mang.
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58057-020, telefone
(83)99105.5363, (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

AG. JOÃO PESSOA

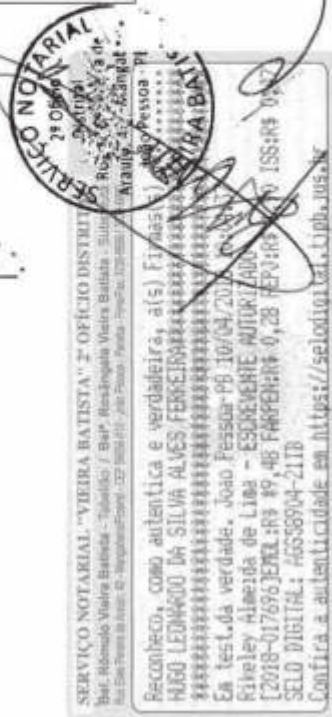
João Pessoa, 10 de Set de 20 18.

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Hugo Leonardo da Silva Alves Ferreira

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA