

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

Nº Sinistro: 3180445546

Vitima: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 02/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180445546**.

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 13405241



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

70111714443

Nome completo da vítima

Hudson G. da D. Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Hudson Gama da D. Santos		CPF titular da conta 701.117.144-43	Profissão Estudante
Endereço Rua Maria Magalhães		Número 10	Complemento
Bairro Sete Jato	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58087-190
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 checked="" 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\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) AGÊNCIA NRO 1010 D/V _____ (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

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

x Hudson Gama da Silva Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Aos

248-897238985-2

05/SET/2018

HORA DE 10:55:51

LOT. 13.017577-3

TERM 031624

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 1010

CONTROLE: 248100091

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

AGENCIA: 1010

OPERACAO: 013

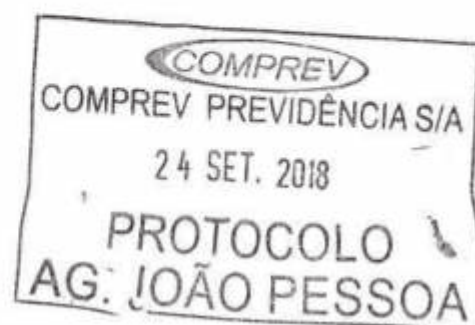
CUNTA-DV: 000.000.030.902-0

DATA DA ABERTURA: 05/09/2018

LOTerias CAIXA

248-897238985-2

1ª VIA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01684.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01684.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:46 horas do dia 03 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 **Hudson Gamarra da Silva Santos**, CPF nº 701.117.144-43, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Josefa Severina da Silva Santos e Arquer da Silva Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/12/1998 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Mário Magalhães, Nº 18, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Igreja Betel, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98866-4614.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ana Nery, Funcionários I, Praça, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

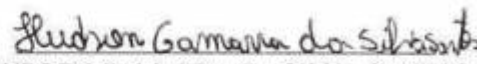
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta marca e modelo: HONDA/CG 160 FAN, ano e modelo: 2017/2018 de cor branca, placa: OFH 4431/PB, chassi nº 9C2KC2200JR128982, registrado em nome do notificante; QUE seguia normalmente em sua mão na faixa da direita e que devido um buraco no calçamento o notificante caiu e perdeu o controle do veículo, vindo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0976/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 27.07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; 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 fê.

João Pessoa/PB, 03 de setembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS
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: Hudson Camarva da S. Silva CPF da Vítima: 701.117.144-43 Data do Acidente: 02/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

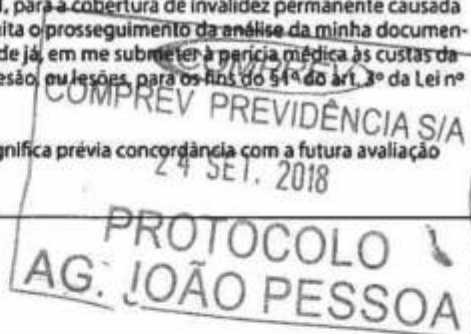
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 a 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 54º 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

X Hudson Camarva da Silva Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: Hudson Camarva da S. Silva CPF da Vítima: 701.117.144-43 Data do Acidente: 02/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

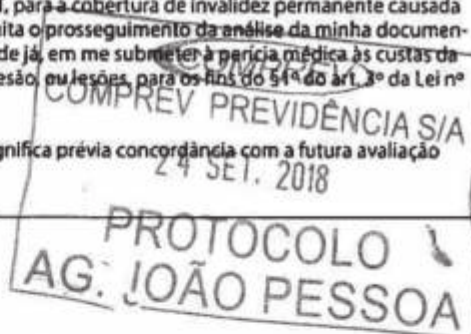
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 a 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 54º 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

Hudson Camarva da Silva Santos
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: 107473 Atd: Nao Regu
Data: 02/03/2018
Hora: 21:51:00
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HUDSON GAMARRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 898000461001049 Sexo: M IDENTIDADE: 3996233 Fone: 988390239
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/12/1998 Id: 19 ano(s)

End.: RUA MARIO MAGALHAES, 18

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA SEVERINA DA SILVA SANTOS

Pai: ARQUIR DA SILVA SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Resp.: PAI

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO PROX DE CASA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[X] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Queixa Principal

Observacao

VITIMA DE QUEDA DE MOTO/ NEGA DESMAIO E VOMITO
(SIC) - APRESENTA ESCORIAÇOES DT 02/03/18

NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS
MT more

resulta dor e deformidades no antebraço (D) após acidente de moto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

deformidade antebraço (E)

neurovascular OK.

ADM controlado OK

ex trauma médio diáfise (D)

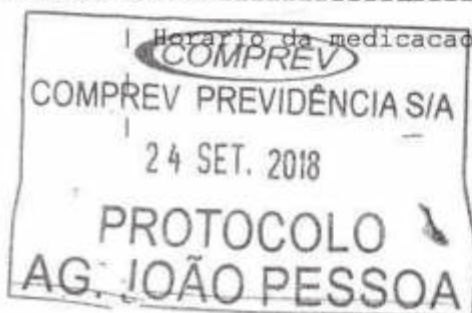
Diagnostico

Conduta

Fratura luxação gular (D)

reparo interno
imobilização
analgesia

Prescrição



Dr. Anderson H. Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.552.700 - 13745

08/03/18 Realizado Atendimento Psicológico e
Orientações.

Guilherme Ferreira da Silva
Psicólogo Clínico e Hospitalar
CRP 13.4365

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

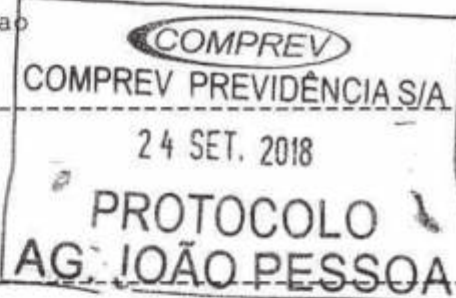
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000036902-0

Nr. da Autenticação 4828B5E996E2C698

ARQUER DA SILVA SANTOS
RUA MARIO MAGALHAES, 16 - CENTRO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58087-180 (AG. 1)
Emissão: 31/07/2018 - Referência: Jul/2018
Classe/Suicis: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO B7200 Km25 - Cota Redutor: João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro: 18 - 2 - 51B - 240 IP medidor: 00001226395

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
CNPJ 08.095.185/0001-40 - Ins. Est. 15.015.820-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 010 351 523
Cod. pag. Ddb. Automatica: 0005269129

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

Conta referente a: Jul/2018 Apresentação: 31/07/2018 Data prevista da próxima leitura: 30/08/2018 CPF/ CNPJ/ RANI: 739.510.564-87 Ins. Est.: 5/528912-9

UC (Unidade Consumidora): Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
29/06/18	20347	31/07/18	20471			124		32	

Demonstrativo									
Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc	Alíq	Items(R\$)	Base Calc	Por(R\$)	Colm(R\$)	
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) CVA									
0801 Consumo em kWh	124,000	0,739260	91,64	91,64	27	24,74	91,64	0,99	4,58
0801 Adic. B. Vermelha			9,26	9,26	27	2,50	9,26	0,10	0,46
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907 CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			4,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2018			0,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 05/2018			0,21	0,21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 105,73 100,50 27,24 130,93 1,00 5,04

Média últimos meses (kWh) 130 **VENCIMENTO 07/08/2018** **TOTAL A PAGAR! R\$ 105,73**

Histórico de Consumo (kWh)											
119	140	134	130	127	100	29	124	124	123	30	359
Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18

RESERVAÇÃO e78111be6.4536.9afe.e155.e06f.7824.1a8f.

Indicadores de Qualidade			Limites			Limite de Tensão		
Discriminação	Valor (R\$)	%						
Reserva de Cota de Energia PB	23,48	22,21						

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 +	
01/06/18 a 30/06/18 MENSALIDADE VIRTUA NOA 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	04:00
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 supergula 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 compareça ao endereço no site net.com.br
- Em caso de descumprimento de seu sinal eletrônico e pagamento até a data de vencimento, NET será de 50%.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,33% 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 4064-7777 para atendimento local, Manairá e campo de serviços (neste de ligação local).

Central de Relacionamento NET: 10421 e 800-7217767
(deficientes auditivos)
Devidoria 08007919190

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
96716278720744,
96716278720744,
96716278720744,
96716278720744,
96716278720744

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,33% 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, BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Setembro/2018	10/10/2018	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/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 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 Lessa Duarte, inscrita (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hudson Gama S. dos Santos,
(a) no CPF sob o Nº 705.117.544-43 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima
Hudson Gama S. dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 705.117.544-43, 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>Mamaina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.8663-4900</u>

João Pessoa 04 de setembro de 2018
Local e Data

Alexandra Lessa Duarte
Assinatura do Declarante

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 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 Lessa Duarte inscrita (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hudson Gama S. dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 705.117.544-43 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima
Hudson Gama S. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 705.117.544-43, 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>Mamaina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.8663-4900</u>

João Pessoa 04 de outubro de 2018
Local e Data

Alexandra Lessa Duarte
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 0976/2018

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 Nº107473 e Prontuário de Nº 2018.03.0239, pertencentes a HUDSON GAMBARRA DA SILVA SANTOS que foi atendido dia 02/03/2018 às 21h51min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/03/2018 e alta médica dia 14/03/2018.

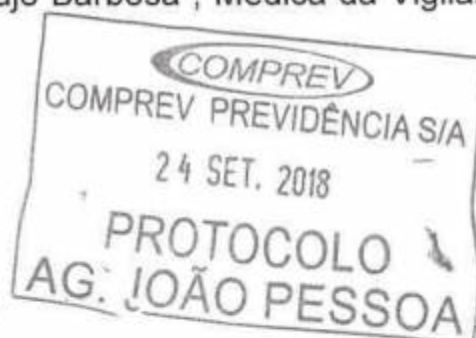
E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de Julho de 2018

Dr. Rossana de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica / UTI
CRM-PB 3533



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

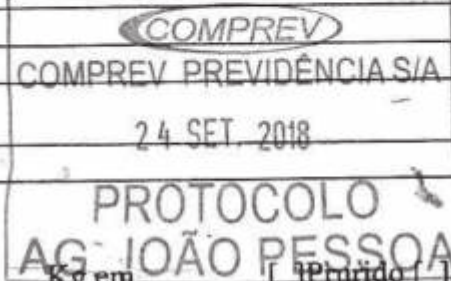
Data da Admissão: 02 / 03 / 18

Nome: Audron gumara da silva
 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: DT 02/03/18 MT moro dor no antebraço (D)

HDA: paciente com dor e deformidade no antebraço (D)
Não outras queixas.

Medicações em uso: N/A



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-reposu [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH Sp Bloqueio anestésico
Asselma e Antissepsia
Alcornoque de Couros

Incisão:

Achados:

Conduta:

Redução Aberta
Fixação interna com Placa
De 08 (oito) parafusos
Fechamento com Placas
Rev. da hemostasia
Curativo
Tala

Fechamento:

OBS:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO 1
AG. JOÃO PESSOA

Data:

13.03.18

Dr. Aurélio de Sá Pinho
CRM: 97437/D.

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:Doenças Anteriores: Nenhuma

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: escurecida na pele do antebraço (D)

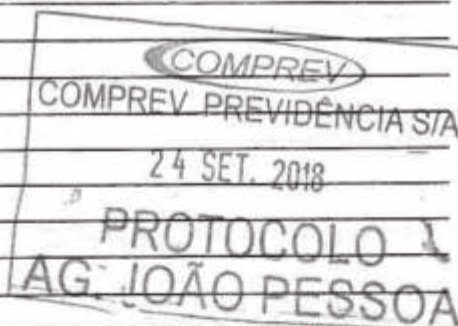
ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: sem alteraçãoResultados de Exames Complementares: ex: fratura rádio ulnar distal (D)
lux dorsal ulna distal.Hipóteses Diagnósticas: fratura luxação galeazzi (D)Conduta: solicito internação para tratamento cirúrgicoimobilizaçãosolicito pré op e material.

Dr. Anderson H. Nogueira
Otorrinolaringologista
CRM: 10.122.1201-13/15

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO E DA DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

L-004



Hudson Gamarra da S. Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.996.233 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/01/2015

NOME HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

FILIAÇÃO ARQUER DA SILVA SANTOS JOSEFA SEVERINA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/12/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASC. Nº11342 - LIV A-14 - FLS.142 - CARTORIO 11º JOÃO PESSOA-PB

CPF 701.117.144-43

ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA DE PARAGUAY
GOBIERNO DEL PARAGUAY
MINISTERIO DEL INTERIOR
SECRETARÍA NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIFICACION - DIFERENCIAL DE
3627748 CDP 98

CITY
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

PRACAO
ALEXANDRE DE AUGUSTO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PRACAO
[] **ACE**
[] **CATAME**
[]

APROBADO
01001249600

VALIDADEZ
16/01/2019

1ª EMISSÃO
29/06/2001

CRISTAL/DIA

Alexandra Cesar Duarte

LOCAL
JOAO PESSOA, PR

DATA EMISSÃO
17/01/2014

Rodrigo Correia

66508356743
18027910595

VALIDADEZ

VALIDA EM TODOS
OS TERMINAIS NACIONAIS
894056231

VALIDA EM TODOS
OS TERMINAIS NACIONAIS
894056231

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813768332
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD RENAVAM DRT 20180000022604-5
1 0114138003-7 00/00000000 2018

NOME
HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ
70111714443

PLACA
OFH4431/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KC2200JR128982

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB 2017 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COTA UNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENIC COTA UNICA 1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS
0

VENIC/COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 18/01/2018

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

LOCAL
JOAO PESSOA-PB

DATA

19/01/2018

9999999

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 013813768332 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/01/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 70111714443 PLACA OFH4431/PB

RENAVAM 01141380037 MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB 2017 CAT TAF 9 Nº CHASSI 9C2KC2200JR128982

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO SEGURODO (R\$) P A G O

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 18/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

7003781-1439187-20180119

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180445546 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HUDSON GAMARRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180445546 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HUDSON GAMARRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Hudson Gama da Silva Santos,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Estudante, CI RG nº 3.996.233,
CPF/MF nº 701.117.144-43, residente e domiciliado(a) à Rua
Elisário Albuquerque, 10 atuzero,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58087-190, telefone
(83)99105.5363, (83)8663.4900.

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.



Hudson Gama da Silva Santos

OUTORGANTE

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de: HUDSON GAMA DA SILVA SANTOS, inscrita no CPF nº 701.117.144-43, residente e domiciliado(a) na Rua Elisário Albuquerque, 10 atuzero, Cidade de João Pessoa, Estado de Paraíba, CEP: 58087-190, telefone (83)99105.5363, (83)8663.4900.
Em test. da verdade, João Pessoa-PB, 05/09/2018, às 15:30 horas.
Carlos Antônio da S. Torres - Escrevente
C2018-022262JENL-R\$ 19,48 FARENRE 0,20 FARENRE 1,00 ISS-R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AN91634-ELAV
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipo.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350839/18

Vítima: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

CPF: 701.117.144-43

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/03/2018

Titular do CPF: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

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

HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS : 701.117.144-43

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: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350839/18

Número do Sinistro: 3180445546

Vítima: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

CPF: 701.117.144-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/03/2018

Titular do CPF: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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: 04/10/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA