
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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

703.117.144-43

Nome completo da vítima

Hudson G. da D. Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Hudson Gamarra da D. Santos

CPF titular da conta

703.117.144-43

Profissão

Estudante

Endereço

Rua Maria Magdalena

Número

10

Complemento

Bairro

Octóvio

Cidade

João Pessoa

Estado

PB

CEP

58037-190

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

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\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

2010

D/V

CONTA

36902 0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA

NRO. _____ D/V _____

CONTA

NRO. _____ D/V _____

(Informar dígito se existir)

(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.

Hudson Gamarra da Silva Santos

Local e Data

Hudson Gamarra da Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AG. 24 SET. 2018
PROTÓCOLO 100 PESSOA
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

248-897238985-2

05/SET/2018

HORA DF 10:55:51

LOT. 13.017577-3

TERM 031624

LOCALIDADE: JOÃO PESSOA

AG. VINCULADA: 1010

CONTROLE: 248100091

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FÁCIL

NOME: HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS

AGÊNCIA: 1010

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.096.902-0

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 integra: 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 Oiticicó, 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 DR^a 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 fé.

João Pessoa/PB, 03 de setembro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Gamarra da Silva | CPF da Vítima: 67011714443 | 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 à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

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

Joaão Pessoa 15 de Setembro de 2018
Local e Data

X Hudson Gamarra da Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Gamarra da Silva | CPF da Vítima: 67011714443 | 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 à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

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

Joaão Pessoa 15 de Setembro de 2018
Local e Data

X Hudson Gamarra 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
Repcionista: DANIELE CAVALCANTE
Clinica: ORTOPEDIA

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
Pro iencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violênci a 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 [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[X] Regular [] Chocado
		[] Vomito

Que i a Principal

Observacao

VITIMA DE QUEDA DE MOTO/ NEGA DESMAIO E VOMITO
(SIC) - APRESENTA ESCORIACOES DI 02/03/18 NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS
M7 mto

anita dor e deformidades no antebraço D aps auditi do mto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

deformidade antebraço E

muscular OK.

ADM uterino ok

ex futura nro diafilme D

Diagnostico

Fratura max ilio glutazzi D

| Conduta

restricão intubacão
imobilização
analgesia

Prescricao



Dra. Andreia H. Nozze
Cirurgia e Traumatolog
CR 10.522 TEC 1275

08/03/18 Realizado Atendimento Agricológico e
Orientações.

Giovanna Ferreira da Silveira
Psicóloga Clínica e Homeopata
CRP 13-4365

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

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

Digitized by srujanika@gmail.com

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 MARCOS MAGALHÃES, 100 - BLOCO 01
JOAOPESSOA / PB CEP: 58087-180 (AG. 1)
Emissas: 31/07/2018 Referência: Jul / 2018

Classe/Subcl. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B(200, Km:25 - Onus Pedente - João Pessoa/PB - CEP:58010-080
Rotelado: 18-2-918-240 IP medidor: 00001226995

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CPN/19/016 162/0001-40 - Infra-Est 15-015 823-0
Nfta Fiscal/Centro de Energia Elétrica N°910 581 523
Ced. para Deb. Automatizadas: 0000269129

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 Acesse: www.energisab.com.br

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

UC (Unidade Consumidora): 5/528912-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 28/06/18	Lâmina 20347	Data 31/07/18	Lâmina 20471	124 32
Demonstrativo				
Quantidade Tarifa (kWh) Valor Base Custo A� Icms(R\$) Base Custo Pô(R\$) Custo(R\$)				
0801 Consumo em kWh	124.000,0738060	91,64 91,64 27	24,74 81,64 0,00	4,68
0801 Adic. B. Vermelha		9,26 9,26 27	2,50 9,26 0,10	0,48
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	4,04	0,00 0	0,00 0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2018	0,17	0,00 0	0,00 0,00	0,00
0805 MULTA 05/2018	0,21	0,21 0	0,00 0,00	0,00
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,31	0,00 0	0,00 0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 105,73 100,00 27,24 100,90 1,03 5,04

Média últimos meses (kWh)
130

VENCIMENTO
07/08/2018

TOTAL A PAGAR:
R\$ 105,73

Histórico de Consumo (kWh)											
119	140	134	136	137	130	29	124	124	123	30	359
JUL/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18

e781.1be6.4536.9afe.e155.e08f.7824.1a8f.

Indicadores de Qualidade	Discriminação	Valor (R\$)	%
Limite de Tensão	Desvio da média de Energia (R\$)	22,42	22,21

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



JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA, 00002
MANAÚRA
58038-460 JOÃO PESSOA - PB

Código NET
907/014527082

Vencimento
10/10/2018 Valor
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:

- (+) BOA LARGA NET
- (-) EMPRESAS 60 MEGA FIO
- (-) FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 1L

descrição

(+) NET VIRTUA +

145,00

(+) NET Fone

54,99

Valor total
199,99

(+) NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

01/08/18 A 30/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BOA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FIO 145,00
Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA + 145,00

Total NET VIRTUA + 145,00

(+) NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO
LIGAÇÕES LOCAIS	0m22s00ms
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 as endereços no site net.com.br.
- Este é o desconto de seu débito efetuado à pagamento até a data do vencimento. NET Brada se refere a SPC.

- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,633% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nos seus próximos débitos.
Definição Aditivo e de Fato (Ipea 0300 721 7777) - É preciso realizar a ligação com seu telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para deficientes).
Liga 4004-7777 para atendimento Monet, Recarregas e compra de serviços (custo da ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 10421 e 8800-7217777
(deficientes auditivos)
Deficiente Auditivo e de Fala (Ipea 0300 721 7777) - É preciso realizar a ligação com seu telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para deficientes).

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
967127785720744,
967127785655265,
967127785655265,
967127785655118,
967127785660254

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,633% 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 SA, BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA SA, BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CÁIXA ECONÔMICA 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/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 ressegura.

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 Alcinda Maria Resende Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.751-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hudson Gammara S. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.117.144-43 do sinistro de DPVAT cobertura univolt 043 da Vítima Hudson Gammara S. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.117.144-43, 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. Manoel Resende</u>	Número	<u>82</u>
Bairro	<u>Mamanguá</u>	Cidade	<u>Goiânia</u>
Email	<u>joao.resende@ig.com.br</u>	Estado	<u>GO</u>

Telefone comercial (DDD) 99105-5363 | Telefone celular (DDD) 998663-4900

João Resende 04 de setembro de 2018

Local e Data

Alcinda Maria Resende 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/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 ressegura.

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 Alcinda Maria Resende Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.751-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hudson Gammara S. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.117.144-43 do sinistro de DPVAT cobertura univolt 043 da Vítima Hudson Gammara S. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.117.144-43, 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		Número	Complemento
<u>Av. Manoel Resende</u>		<u>82</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Mamanguá</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PE</u>	<u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>99105-5363</u>	<u>98663-4900</u>	

João Pessoa 04 de setembro de 2018

Local e Data

Alcinda Maria Resende Duarte

Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 0976/2018

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 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.

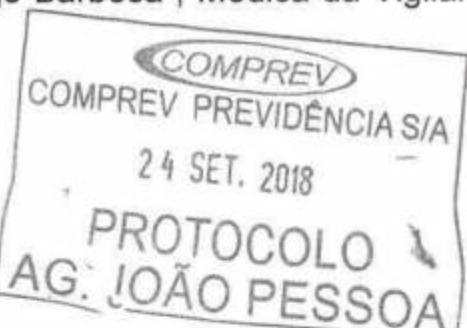
Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/03/2018 e alta médica dia 14/03/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa , Médica da Vigilância à saúde, data 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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Hudson Gomes</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/03/18</u>	Cirurgião: <u>Roberto Souto</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura distal do Radio

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O Marmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Reduziu cruento
Fratura inferior com flaco del
com os ferroticos

COMPREV
COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:	PROTOCOLO AG: JOÃO PESSOA
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não		

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02 / 03 / 18

Nome: Audron gamara da silva

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____ Bairro: _____

Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Sexo: F() M() Cor: _____ Data de Nascimento: _____

Escolaridade: _____

QPD: DT 02/03/18 MT moro DOR no antibraco (D)

HDA: paciente com dor e deformidade no antebraço (D)

Ninguem queixa.

Medicações em uso: NV/NV



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 []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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DD N Ssp Bloqueio Anestesia
Assento e Antissepsis
Abertura de Cervello

Incisão:

Achados:

Conduta:

Redutor aberto

Fixação inferior com placas

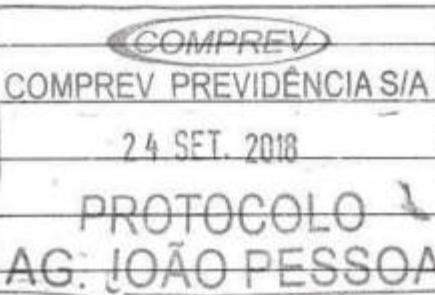
De 08 placas, 06 fendas

Fechamento com placas

Rev. sub da hemostasia

Curativo

Tala



Fechamento:

OBS:

Data: 31/03/18

MÉDICO/CRM

Dr. Aurélio da Gápolo
CRM: 97437/PB

Antecedentes Pessoais e Hábitos:Doenças Anteriores: Ninguém

Alergias:

Cirurgias: []HTF[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: esverdeada na pele do antebraço (D)

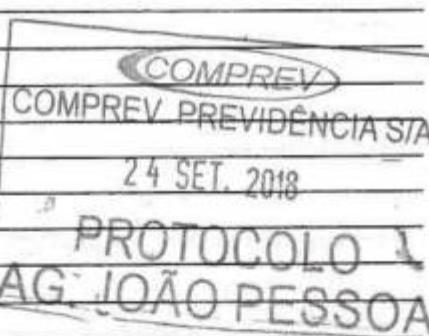
ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: sem alteraçõesResultados de Exames Complementares: rx: fratura médio diáfisína (D)
lux domal ulna distal.Hipóteses Diagnósticas: Fratura luxação galassi (D)Conduta: solicito internação para tratamento cirúrgicoimobilizaçãosolicito pré op e material

Dr. André H. Norzal
Ortopedista e Traumatologista
Ex-Residente de Ortopedia e Traumatologia
001 - 12/15



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. N°11342 - LIV A-14 - FLS.142 - CARTORIO 11º JOÃO PESSOA-PB	
CPF	701.117.144-43
Assinatura	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013813768332	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	COD. RENA:	PRT	20180000022604-5
1	0114138003-7	00/00000000	2018
NOME			
HUDSON GAMARRA DA SILVA SANTOS			
CPF/CNPJ	PLACA		
70111714443	OFH4431/PB		
PLACA ANT./UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2KC2200JR128982		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 160 FAN	2017	2018	
CAP/POT/CIL.	CATEGÓRIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/162 /CI	PARTIC	BRANCA	
I COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS	
P IPVA PAGO EM	00/00/0000	1 ^o	
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 ^o	
A *****	0	3 ^o	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
***** SEGURADO		PAGO 18/01/2018	
OBSERVAÇÕES			
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
0			
JOAO PESSOA-PB	LOCAL	DATA	
9999999		19/01/2018	
7003781			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APENAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB Nº 013813768332 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É 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 DATA EMISSÃO
2018 19/01/2018

VIA:	CPF / CNPJ	PLACA
1	70111714443	OFH4431/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01141380037	HONDA/CG 160 FAN	
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2017	9	9C2KC2200JR128982

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
*****	SEGURADO	PAGO
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	18/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.600/0001-04

7003781-1439187-20180119

18/01/2017



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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

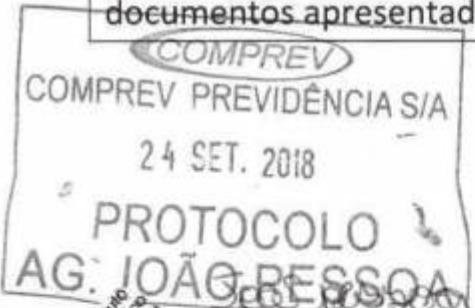
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Hudson Camarua da Silva Santos
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Estudante, CI RG nº 3.996.233
CPF/MF nº 301.117.144-43, residente e domiciliado(a) à Rua
2 de Maio Altinópolis, João Pessoa,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 580 87-390, telefone
(83)99105.5363, (83)8663.4900.

OOUTORGADO: 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.



15 de Setembro de 2018.

Hudson Camarua da Silva Santos

OOUTORGANTE

SONTO
SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO E REGISTRO DE FIRMAS
Série: UMA Autônoma Sônia Cardoso
Assinatura: Carlos Antônio da S. Torres - Escreven, R\$ 1,43 FIDEN:R\$ 0,25 FEP:R\$ 0,00 ISS:R\$ 0,47
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 05/09/2018
Hudson Camarua da Silva Santos
Carlos Antônio da S. Torres - Escreven, R\$ 1,43 FIDEN:R\$ 0,25 FEP:R\$ 0,00 ISS:R\$ 0,47
C2018-022262-ENCL-R\$ 1,43 FIDEN:R\$ 0,25 FEP:R\$ 0,00 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AH91634-ELAN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350839/18

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

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ALEXANDRA CESAR DUARTE

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA