

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ricardo H. C. Hornbman inscrito (a) no CPF/CNPJ 052.202404/12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Davi José de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 652.767.794-49 do sinistro de DPVAT cobertura Incólido a Vítima Davi José de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 652.767.794-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios: OAB

☐ Recuso informar

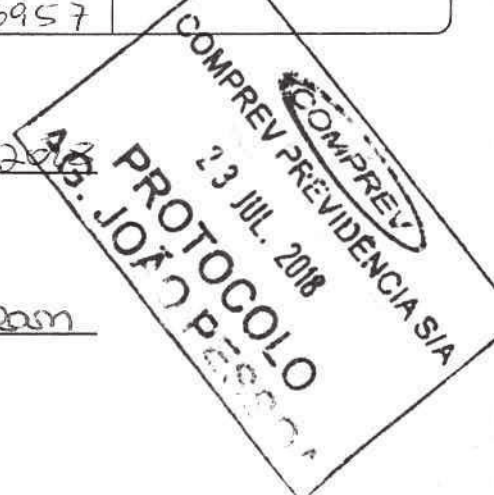
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Afonso Lopes</u>		Número <u>40</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-380</u>
Email <u>previdenciario@lauderantoni.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)3017-6957</u>		Telefone celular (DDD)

João Pessoa PB 09 de julho de 2018
Local e Data

Ricardo Henrique C. Hornbman
Assinatura do Declarante





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE L. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X38701	26/03/2011	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL.TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 M3	303,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3	10 M3	58,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
JUL. 2018
COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A



DAVI JOSE DE SOUZA
SIT. RETIRADA 08 - RETIRADA
CAPOARA/PB CEP 58328000 (AG 18)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 2 B1230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
Nº medidor: 00001148156
Referência: Mai/2017
Emissão: 04/05/2017

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Código para Débito Automático: 0000026284
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 038 429

UC (Unidade Consumidora): 5/825288-4
Canal de contato

Apresentação
Mai/2017

Data prevista da próxima leitura
04/05/2017

CPF/CNPJ/RANI
02/06/2017

Faturas em atraso
10/06/2015 18,64
11/11/2014 17,07

Histórico de Consumo (kWh)

Adit 17 30
Mar/17 30
Fev/17 30
Jan/17 30
Dez/16 10
Nov/16 8
Out/16 11
Ago/16 0
Jul/16 30
Jun/16 0
Mai/16 12

Anterior
Data 03/04/17
Leitura 5467
Data 04/05/17
Leitura 5497

Consumo
Constante
Dias

Descrição
Adic B Vermeilha
Custo de Disponibilidade
FIS
COFINS

Juros de mora 03/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Juros de mora 04/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Juros de mora 03/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Juros de mora 04/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Juros de mora 03/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Juros de mora 04/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Juros de mora 03/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Juros de mora 04/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Juros de mora 03/2017
Multa 04/2017
Multa 03/2017

Atendimento Energisa 0800 083 0196 (24h)
Ouvidoria Energisa para deficientes auditivos ou de fala 0800 086 1234
ARPB (Agência de Regulação do Estado da Paraíba) - 0800 727 0167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis).
ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica) - 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis).

Aproveite melhor o seu tempo

Autoriza o pagamento da sua conta de energia através de

RESERVADO AO FISCO
11/05/2017
R\$ 19,91

Base de Cálculo	Alíquota	Valor R\$
ICMS	0,00	0,00
PIS	13,73	0,14
COFINS	13,73	0,67
TOTAL A PAGAR		0,81

Média dos últimos meses

Atendimento Energisa 0800 083 0196 (24h)
Ouvidoria Energisa para deficientes auditivos ou de fala 0800 086 1234
ARPB (Agência de Regulação do Estado da Paraíba) - 0800 727 0167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis).
ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica) - 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis).

Aproveite melhor o seu tempo

Autoriza o pagamento da sua conta de energia através de

RESERVADO AO FISCO
11/05/2017
R\$ 19,91

Base de Cálculo	Alíquota	Valor R\$
ICMS	0,00	0,00
PIS	13,73	0,14
COFINS	13,73	0,67
TOTAL A PAGAR		0,81

Média dos últimos meses

Atendimento Energisa 0800 083 0196 (24h)
Ouvidoria Energisa para deficientes auditivos ou de fala 0800 086 1234
ARPB (Agência de Regulação do Estado da Paraíba) - 0800 727 0167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis).
ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica) - 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis).

Aproveite melhor o seu tempo

Autoriza o pagamento da sua conta de energia através de

RESERVADO AO FISCO
11/05/2017
R\$ 19,91

Base de Cálculo	Alíquota	Valor R\$
ICMS	0,00	0,00
PIS	13,73	0,14
COFINS	13,73	0,67
TOTAL A PAGAR		0,81

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Doni José de Sousa, portador da carteira de identidade nº 992 999 PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 652.767.794-49, residente e domiciliado na Sítio Retirada, nº 08, Cidade Coqueiros, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

João Pessoa/PB 25/04/18

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Doni José de Sousa

Local e data





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que, na data de 12/04/2017 por volta das 17h 15minh foi prestado atendimento pela ambulância da Secretaria de Saúde do Município ao **SR DAVI JOSE DE SOUSA** portador do RG 992.999 SSP-PB, vítima de queda de moto na divisa entre os estados da Paraíba e Pernambuco, sendo o mesmo conduzido ao Complexo Hospitalar governador Tarcisio de Miranda Buriti (ORTOTRAUMA) em João Pessoa – PB.

Atenciosamente;

Carlos Vanderley
Enfermeiro
COREN 214.103
CNS - 980016282327836

Carlos Vanderley
Enfermeiro Palntonista
Coren 214.103



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAAPORÃ

Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 412/2017

Versando sobre: Acidente de Trânsito

Data do ocorrido: 12 de Abril de 2017

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: 10hs08min, do dia 16 de Junho de 2017.

Local do ocorrido: BR101, divisa, Caaporã/PB.

COMUNICANTE:

Nome: DAVI JOSÉ DE SOUSA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade: Ingá/PB

Idade: 57 anos

Data de nascimento: 09/10/1959

Estado Civil: solteiro

Profissão: agricultor

Identidade nº: 997.999 SSP/PB

CPF: 652.767.794-49

Filiação: Lindalva Maria da Conceição e de pai não declarado

Endereço Trabalho: Sítio Retirada, n.º 08, Caaporã/PB

Telefone: (83) 993542665

Ponto de Referência: Próximo ao Fórum de Caaporã/PB

HISTORICO: Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) declarou QUE:

No dia 12 de Abril de 2017, por volta das 17hs, o comunicante pegou uma carona na moto de um desconhecido na cidade de Goiana/PE, com destino a sua residência em Caaporã/PB; QUE, ao chegar na divisa entre PB e PE, na BR 101, nas proximidades do Posto fiscal da PB, houve um acidente; QUE, segundo o comunicante tudo aconteceu de forma tão rápida que o comunicante não sabe informar se o motorista da moto se desequilibrou e caiu ou se houve colisão com outro veículo; QUE, o motorista da moto foi embora do local e deixou o comunicante lá, sendo este socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burty (ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA); QUE, segundo laudo apresentado pelo comunicante, este sofreu trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, sendo submetido a tratamento cirúrgico com o uso de material de osteossíntese e segundo o laudo inapto a realizar atividades laborais e habituais por um período de 90 dias, CID S82.6.; QUE, o comunicante não sabe informar os dados da moto e nem conhece o proprietário que lhe deu carona; **Lido e achado conforme, vai devidamente assinado, pelo depoente, e por mim, Escrivão ad hoc que digitei.** Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

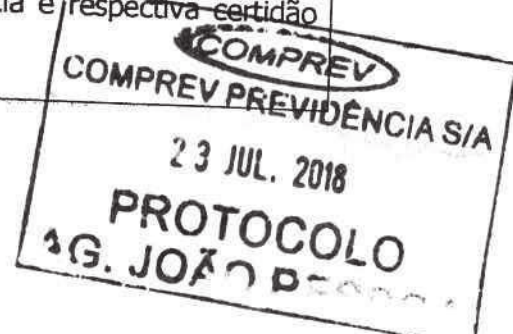
DAVI JOSÉ DE SOUSA

DAVI JOSÉ DE SOUSA

COMUNICANTE

RENATA TEIXEIRA

RENATA TEIXEIRA
ESCRIVÃ "AD-HOC"



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

652.767.794-49

Nome completo da vítima

Davi José de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Davi José de Sousa		CPF titular da conta 652.767.794-49	Profissão servente
Endereço R. Silva Retirada		Número Nº 03	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Cooperão	Estado PB	CEP 58326-000
Email			Telefone (DDD) (83) 99354-2665

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
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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
NRO.

0774

(Informar dígito se existir)

D/V

013

CONTA
NRO.

00006787

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome:

</



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIANA

DATA: 16/01/2018

HORA: 06:35:12

TERMINAL: 07741002

CONTROLE: 077410020012

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA

CONTA : 013.00006178-7

CLIENTE: DAVI JOSE DE SOUSA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
01/01	
12/01	
14/01	

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
01/01	
12/01	
16/01	

RESUMO EM 15/01

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180336826

Vítima: DAVI JOSE DE SOUSA

Data do Acidente: 12/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAVI JOSE DE SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: DAVI JOSE DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180336826
Vitima: DAVI JOSE DE SOUSA
Data do Acidente: 12/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336826**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: DAVI JOSE DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180336826
Vitima: DAVI JOSE DE SOUSA
Data do Acidente: 12/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336826**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: DAVI JOSE DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180336826

Vitima: DAVI JOSE DE SOUSA

Data do Acidente: 12/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180336826**.

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 13150610



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267791/18

Número do Sinistro: 3180336826

Vítima: DAVI JOSE DE SOUSA

CPF: 652.767.794-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/04/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVI JOSE DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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: 09/10/2018
Nome: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
CPF: 052.202.404-12

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

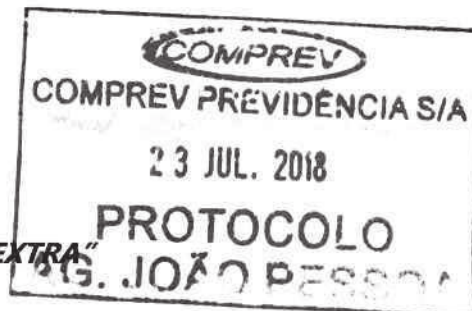
Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"



OUTORGANTE:

Davi Jose de Sousa, brasileiro, solteiro, inscrito
no CPF 652.767.794-49 e RG 992.999, residente e
domiciliado no Sítio Retiro, 108, Caspória PB, CEP
58326-000.

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625 RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, , com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, argüir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

João Pessoa/PB, 14 de julho de 2018.

Davi Jose de Sousa

OUTORGANTE



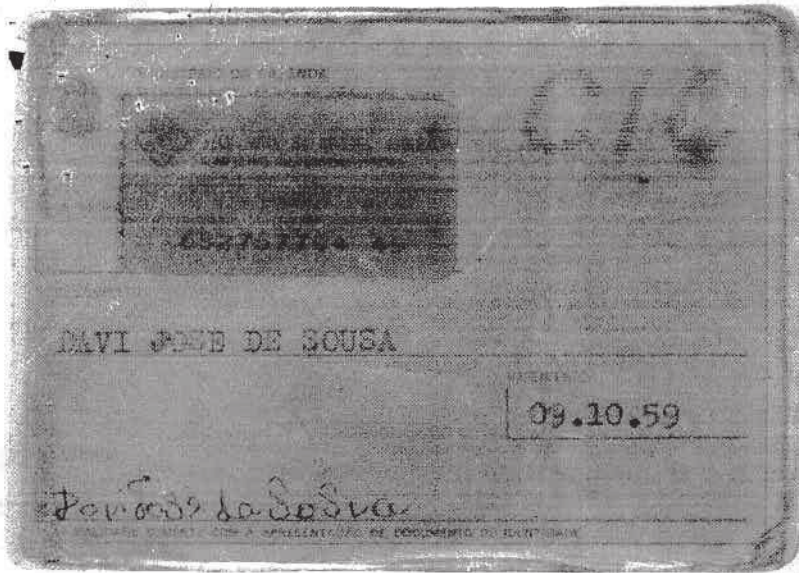
TABELIONATO DE NOTAS DIST. DE CUISSURA
Rua do Comercio, 324, Cupissura, Caaporá - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
DAVI JOSÉ DE SOUSA

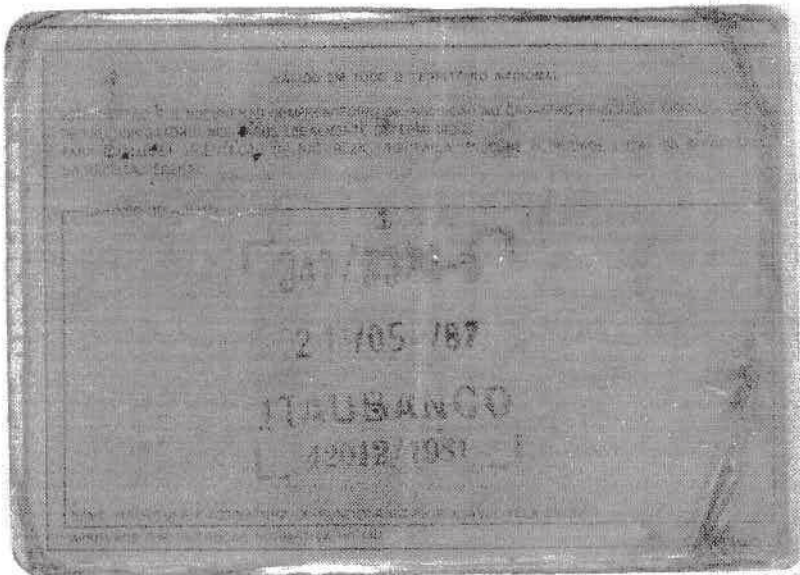
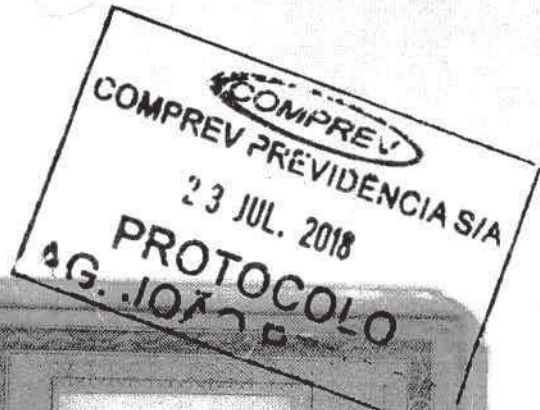
Dou fé. Caaporá/PB - 06/02/2018
Substituto: Edvaldo Salustiano da Silva
Selo Digital: AGI85696-8HW1

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpbjus.br>
Emol R\$ 9,23 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,70

992.999 PB




652.707.794-49




TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 06629900

USO GERENCIADOR
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 1º da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

RESERVADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

CODE
RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

FILIADO
MANGEL HENRIQUE HARDMAN
LUCIA MARIA DE MEDEIROS CANTALICE HARDMAN

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO
08/12/1984

CPF
052.202.404-12

EXPIRADOR EM
02/24/2018

DESAFIO DE DESAFIO E VOTADO
NÃO

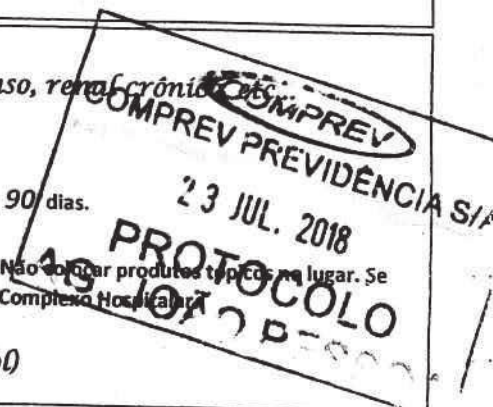
PAULO ANTONIO SILVA
PRESIDENTE

14803

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Davi José de Sousa</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>57a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>12.04.2017</i>		DATA DE ALTA <i>21.04.2017</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>09 dias.</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral e Medial do tornozelo (E)</i>				CID <i>S82.5 + S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e Medial</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral e medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico etc.</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol)</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em <i>21</i> dias para revisão.					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>21.04.2017</i></p> <p>DATA</p> </div> <div> <p><i>Dr. Alexandre Galvão</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SBT 9603</p> <p>ASS. MÉDICO / C.R.M</p> </div> </div>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Davi Jose de Sousa</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>58 a</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>25/10/2017</i>		DATA DE ALTA <i>25/10/2017</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
AGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tornozelo Esquerdo Bimaleolar</i>					CID
AGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
EXAMES <i>Rx de perna demonstrando fratura consolidada de tornozelo E</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
BITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de Fratura de Tornozelo Esq. foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese e limpeza cirúrgica. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações em relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

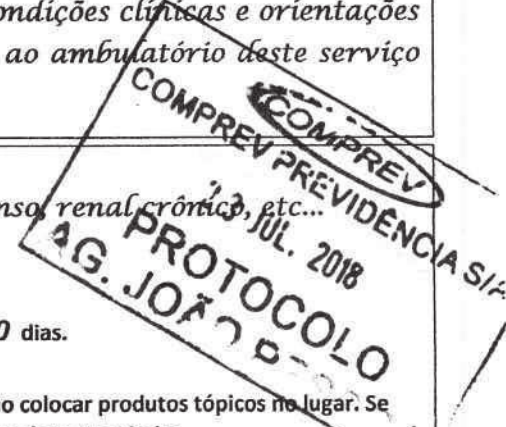
RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

25/10/17

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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



PI Davi José de Sousa

Laudos Médico

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.6

Dr. Alexandre Galvão
Especialista em Traumatologia
CRM 9128 SBT 9603

20/04/2017

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB TEOT 9.603





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado,

que Davi José de Souza,

portador do RG.: _____, foi submetido à

consulta médica nesta data, no horário das _____

horas, sendo portador da afecção CID-10 S82.5+S82.6

_____ em decorrência, deverá permanecer

afastado de suas atividades laborativas por um período

de 60 (SESSENTA) dias, a

partir desta data.

Caaporá/PB, 06 / 08 / 17

Assinatura do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

autorizo o Dr(a). _____,

a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso

neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Dr. João de Sá
Mário Moura

Receita com foco de atenção
de prevenção, receita em tratamento
Receita medicamentosa e afeto
de res extenso de tempo
medicamentos.
5026/ Méc.

Assinatura e Carimbo

Dr. João de Sá
Ortopedia e Traumatologia





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

P/ Davi José de Souza

R

Uso Oral

1) Cefalexina (500mg) ----- 01 CX
(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 06/06 horas por
07 (sete) dias.

2) Profenid (100mg) ----- 01 CX
(Cetoprofeno)

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por 05 (cinco)
dias.


25/10/2017



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



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORÁ
Secretaria Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>USF Retirada</u>	
<u>3015572</u>	
CRM: <u>9219</u>	UF: <u>PB</u>
Endereço: <u>Sítio Retirada</u>	
Cidade: <u>Caaporá</u> UF: <u>PB</u>	
Fone: _____	

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Assinatura e carimbo do Médico

Data: 06 / 06 / 17

Paciente: Dr. José de Souza

Endereço: Duísia, Caaporá

Prescrição:

R/

Uso Oral

1. Tylex 500 + 50mg — 01cp
Tomar. a/cp, 8/8 se dor.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident./CPF: _____	
Orgão Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Fornecedor/Farmacêutico	
Data: ____/____/____	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PR
PROTOCOLO
1070 B...



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Doutor José de Souza

Rx Uso Oral

1. Ibuprofeno 600mg — 300cp
Tomar 01 cp, vo, 12/12h por
05 dias



Caaporá/PB, 05 / 06 / 2017

Assinatura e Carimbo Médico

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Davi Jose de Sousa</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>58 a</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>25/10/2017</i>		DATA DE ALTA <i>25/10/2017</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tornozelo Esquerdo Bimaleolar</i>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PR. EXAMES <i>Rx de perna demonstrando fratura consolidada de tornozelo E</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A-PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de Fratura de Tornozelo Esq. foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através da retirada de material de síntese e limpeza cirúrgica. Recebe alta em boas condições clínicas e orientação com relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal, etc.

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

25/10/17

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

