

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO RICARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180251876
Vítima: SEVERINO RICARDO DA SILVA
Data do Acidente: 04/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180251876**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13664267



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 ASI

CPF da Vítima

014.786.984-14

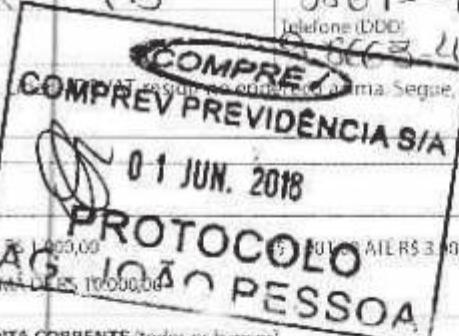
Nome completo da Vítima

Severino Ricardo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Severino Ricardo da Silva	CPF titular da conta	014.786.984-14	Endereço	R. Barão
Endereço	Prédio Arcaujo Barval Camte	Número	33	Complemento	
Bairro	Crusto	Cidade	Pará Russos	Estado	CEP
Email	2eduardosilva@hotmail.com				58071-770
					Telefone (DDD): 9 3663-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, a cópia do comprovante de residência do endereço informado.



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR SEM RENDA
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 10.000,00 R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 30.000,00
ACIMA DE R\$ 30.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
BRADISCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

CAIXA ECONOMIA FEDERAL (104)

BANCO None

AGÊNCIA 4915

CONTA 05154-9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

CONTA

None

000

(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 Lider 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.

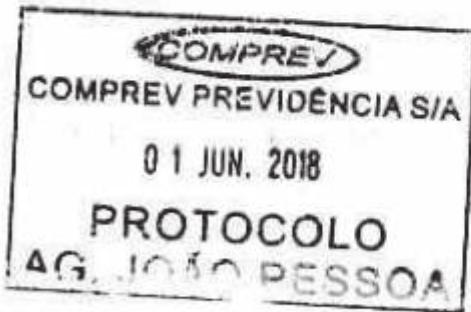
José Ribeiro de maio de 2018

Local e Data

Severino Ricardo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00825.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00825.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:28 horas do dia 27 de abril de 2017, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino Ricardo da Silva**, CPF nº 044.786.984-14, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pizzaiolo, filho(a) de Tereza Rosa dos Santos Silva e João Ricardo da Silva, natural de Borborema/PB, nascido(a) em 30/07/1977 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Dantas Almeida, Nº 55, complemento AP. 404, BC. 01, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Perto do Colégio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98679-6283.

Dados do(s) Fatos:

Local: Mituassu, Perto do Rio da Santinha, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 04/07/16 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OEV9795/PB, CHASSI 9C2KC1680CR441115, REGISTRADA EM NOME DE ALMIR JORONIMO ROCHA E DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, quando passava por uma estrada de barro próxima ao rio da Santinha, em Mituassu, Conde/PB, perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo e em decorrência lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1491/2016, EXPEDIDO PELA DR^ª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 03.10.2016, do Complexo Hospitalar de Mangabeira para onde foi socorrido pelo SAMU; Que informa o noticiante que não possui CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO.

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, expoço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



João Pessoa/PB, 27 de abril de 2017.

SEVERINO RICARDO DA SILVA

Noticiante

 COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN. 2018
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Severino Ricardo da Silva</i>	04.786.984-14	02-07-16

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.

Severino Ricardo da Silva de maio de 2018

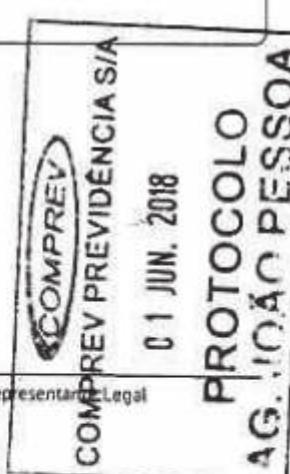
Local e Data

Severino Ricardo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO

Nº. 1491/2016

Atendendo solicitação de **EGUINALDO DA SILVA BATISTA JUNIOR** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação de Prontuário nº 2009.04.002449 e Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 865817 pertencentes a **SEVERINO RICARDO DA SILVA** que foi atendido dia 04/07/2016 às 11h08min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito e escoriações.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura diafisária de tibia direita. Realizado cirurgia dia 13/07/2016 e alta médica dia 14/07/2016.

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

João Pessoa, 03 de Outubro de 2016

Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd Medicamentos Dose Horário Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROCEDIMENTO REALIZADO

01 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome do Paciente

Entrada

Transferido

Desistência

OTB

Saída e saída

Enfermaria

OBITO:

Atestado SVS EPI

(Samuel)

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo no lado da

DOCTORA

TATYANA OLIVEIRA DA SILVA
RUL PROF ARCANJO CAVALCANTI, 23/A - CRISTO REDENTOR
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58011-770 (A3-1)
Emissor: 23/01/2018 Referência: Jan/2018
Classe/Suporte: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOPOLÍCIO B12K, C-25-João Pessoa-PB - CEP 58071-980
Rotero: 14-2-534-1882 N° medidor: 00006318819

energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.295.189/0001-49 - Ins. Est: 16.015.823-0
Nota Faz. / Conta de Energia Elétrica MP001 080944
Cód. para DBs. Automatizadas: 00010628804

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da proxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Jan/2018 23/01/2018 22/02/2018 7700525412
Insc. Est.

5/1063980-4

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato:

Venha até a sua agência, converse com os nossos amigos sociais. Estamos presentes no facebook.com/ennergisa e no [@energisa\), sempre que precisar de ajuda. Queremos estar sempre próximos.](http://Twitter)

Anterior	atual	Constante	Consumo	Dias
32/12/17	0268	23/01/18	8340	04
DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA				
DESCRIÇÃO				
3801 Consumo em kWh	64.000,00	0,714770	53,24	00,04 25 16,01 80,04 0,52 1,58
0801 Adic. B. Vermeia	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB SERV. LJM PÚBLICA	2,44	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE VORA 12/2017	0,25	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 12/2017	0,39	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 PARCELA VENCIMENTO DE DÉBITO 01/12	42,58	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00



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

Importante:

Mantenha seu e-mail e telefone sempre atualizados. Atente-se ao e-mail que chega da Net e Marca Paga e/ou ao seu e-mail de e-mail para cancelamento de seu serviço NET. Durante o período de permanência no serviço, entre em contato com a central de atendimento.

Lei nº 12.001/09. Esta dedicação mantém, entre as comunidades de cunhamento das organizações de comunidade, a quitação anual das faturamento das empresas de serviços de telecomunicações em 2017, referentes às mensurações dos serviços prestados pela NET. Até o NET Fone, da ENERTEL, a dedicação referente a este serviço será implementada pela ENERTEL.

Minha NET:

MINHA SOM COM FONE
 MINHA LOCAL

detenção

NET VIRTUA
 NET Fone

NET VIRTUA

Novo cliente Profissional VIRTUA

Sub-Total Novo cliente Profissional VIRTUA

Total NET VIRTUA

NET Fone

Novo cliente

Total NET Fone

VOCE JÁ UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL
NAS REDES SOCIAIS
TAMBÉM PODE UTILIZA-LA PARA ALTERAR O NOME E A SENHA
DA SUA REDE WI-FI NA MINHA NET.

Conheça como é fácil reconfigurar a sua rede:
Na Minha NET, escolha a opção 'Wi-Fi Config' para ler os dados da sua rede e
altere o nome e o senha, sempre que quiser.

SAO DIVERSOS SERVICOS PARA VOCÊ MUITO LIGAR

É simples, rápido e seguro.

Baixe o aplicativo e acesse www.net.com.br/minhanet



! **Atenção:** O pagamento deve ser feito no prazo de 30 dias. O não pagamento em tempo hábil pode gerar multa e juros de mora. O não pagamento da fatura pode gerar a suspensão do serviço.

• Caso houver alguma pendência com a sua fatura, entre em contato com a central de atendimento 0800-720-2277 ou entre em contato com a sua agência de atendimento. Caso houver alguma pendência com a sua fatura, entre em contato com a central de atendimento 0800-720-2277 ou entre em contato com a sua agência de atendimento.

Central de Atendimento 0800-720-2277
Atendimento automático
Central de atendimento

• Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros, diários de 0,033% e multa de 2% de encargos de pagamentos atrasados. Aplicam-se as taxas de juros e multa estabelecidas no artigo 1º, § 1º, da Resolução CVM nº 356, de 2002, que estabelece a taxa de juros de 0,033% e multa de 2% de encargos de pagamentos atrasados.

Além disso, serão cobradas as taxas de juros e multa estabelecidas no artigo 1º, § 1º, da Resolução CVM nº 356, de 2002, que estabelece a taxa de juros de 0,033% e multa de 2% de encargos de pagamentos atrasados. Aplicam-se as taxas de juros e multa estabelecidas no artigo 1º, § 1º, da Resolução CVM nº 356, de 2002, que estabelece a taxa de juros de 0,033% e multa de 2% de encargos de pagamentos atrasados.

Cleira
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Identificação para Detalhe
NET SERVIÇOS 9070133148670

Referência
Ano 2018

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0013

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 JUN 2018

PROTÓCOLO



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 4155-536-824-91
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Severino Ricardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 041-786-984-19 do sinistro de DPVAT cobertura 3-mobilidade da Vítima Severino Ricardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 046-786-984-14, 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 Lider-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 da lei penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Maria Rosa</u>		<u>58</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Mamainha</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>

Telefone comercial (DDD): 99345-1170 | Telefone celular (DDD): 98663-1900

Email: zeeduardo.silva@hotmail.com

João Pessoa 31 de maio de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

INCAPACIDADE	Severina Ribeiro da Silva			PONTUARDO N°	
EDADE	38	SEXO	M	CLÍNICA	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	04/07/2016	DATA DE ALTA	13/07/2016	TEMPO DE PERMANEÇA	09 dias
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura de oso da perna D			CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTRAS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	Rx				
TRATAMENTO REALIZADO:					
Ortoplastia					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CONSULTAS BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	Fratura subluxada a fixar com fixador externo de fendas de oso da perna. Recuperação foi contínua e foi curada.				
----------------	---	--	--	--	--

DIETA:	Líquida				
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	com esforço maior em	90
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se houver febre, precisar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Rx, paracetamol, banho de banho					

RETORNO	Ao posto de saúde em	2 dias	para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do	CRM	em 30 dias para nova consulta
DATA			
14/07/2016			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar			
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO			
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			

Dr. ALFONSE
Ortopedico Traumatologo
CRM 1178-20 Série 4603
ASS. MÉDICO / CRM

COMPREV
PROTÓCOLO
AG. 100 PESSOA
01 JUN. 2018

Nome: <i>Severino Ricardo de Oliveira</i>	Registro:				
Idade: 38 a	Sexo: M	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 13/10/2016	Cirurgião: Alexandre Galvão				
1º Assistente: Jorge Augusto	2º Assistente:				
Anestesista:	Instrumentador: Maria				

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura Diafisária de Tíbia direita

S82.2

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Osteossíntese de Fratura de Tíbia

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

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

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

COMPREV	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
1 JUN 2018	PROTOCOLO
1 G. 101 PESSOA	1 G. 101 PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]JHAS []JDM []JTB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

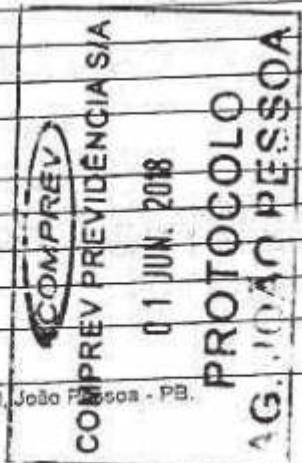
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.117.405 - 2 ^a VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 03/07/2015	
NOME SEVERINO RICARDO DA SILVA	
FILIAÇÃO JOÃO RICARDO DA SILVA TEREZA ROSA DOS SANTOS SILVA	
NATURALIDADE BORBOREMA-PB	DATA DE NASCIMENTO 30/07/1977
DOC. ORIGEM CERT. NASC. N°648 - LIV. A 1 - FLS. 146 - CARTÓRIO BORBOREMA PB 044.786.984-14	
Norma A. B. Lacerda Jr. Chefe do Atendimento Data: 01/06/2018	

01 JUN. 2018

COMARCA DE BORBOREMA S/A

PROTOCOLO
AG. JUÍZ DE PESSOA



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

卷之三

卷之三

12578

CAP10/50



111



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Severino Ricardo da Silva
brasileiro, Severino, Ricardo, portador do RG de Nº
Q-117.405 e CPF de Nº 044.786.984-14, vítima de acidente de
transito dia 10/07/16 no veiculo moto de placa
0EY9795, onde eu era Condutor, de propriedade
de Almir Jerônimo Rocha, VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

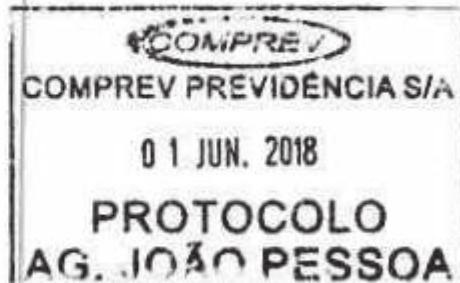
() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

() o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de DPVAT- INVÁL, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

Severino Ricardo da Silva
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa - PB, 21 de maio de 2018.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Severini) Riccardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Pizzaiolo, CI RG nº 2.157.405, CPF/MF nº 044.786.984-14, residente e domiciliado(a) à Rua Profº Arcanjo la Valeante nº 33 Ernesto, Cidade de São Paulo, Estado P.B, CEP: 58071-770, telefone 98660-2858, 98832-9676*, 986634900

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE conceder 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 disponibilizadas ao outorgado.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 JUN. 2018

PROTOCOL

José Ressoe, 24 de maio de 2018.

OUTORGANTE

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO RICARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180251876

Vitima: SEVERINO RICARDO DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180251876**.

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



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO RICARDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180251876**

Vitima: **SEVERINO RICARDO DA SILVA**

Data do Acidente: **04/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180251876**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

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