

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11327787

A/C: MAURILIO FREIRE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170381957 ASL-0263273/17

Vítima: MAURILIO FREIRE DA SILVA

Data Acidente: 03/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2017

Carta nº: 11352131

A/C: MAURILIO FREIRE DA SILVA

Sinistro: 3170381957 ASL-0263273/17
Vítima: MAURILIO FREIRE DA SILVA
Data Acidente: 03/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



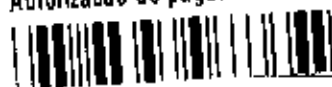


Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAURILIO FREIRE DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR SSDS-PB EM 03/07/2013CPF 788295344-04 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Porteiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.300,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maurilio Freire da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0331698-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Local e data João Pessoa 07 de Junho de 2013

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. TAMBAU

DATA: 07/06/2017

HORA: 10:37:01

TERMINAL: 07351852

CONTROLE: 073518520062

AGÊNCIA: 0036 - CABO BRANCO

CONTA: 013.00311698-9

CLIENTE: MAURILIO F DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

1304,52

Maio

31/05	311925	SAQUE B24H	
31/05	170531	SAQUETERMINAL	

1304,52

Junho

02/06	021854	SAQUE ATM	
04/06	000000	REM BASICA	
04/06	000000	CRED JURDS	
05/06	377482	CRED TEV	
05/06	050908	DP DIN LOT	
06/06	636620	CRED TEV	
06/06	061842	SAQUE B24H	

1304,52

RESUMO EM 06/06

SALDO

1304,52

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

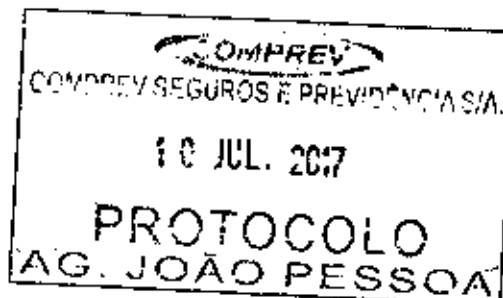
1304,52

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

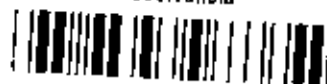




CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00996.01.2017.1.00.420

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00996.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:25 horas do dia 25 de maio 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maurilio Freire da Silva**, CPF nº 788.295.344-04, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Darci Freire da Silva e Severino Amaro da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 29/07/1971 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Alta de Luna Freire, Nº 96, complemento casa, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Próximo a Creche, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 03233-5222.

Dados do(s) Fatos:

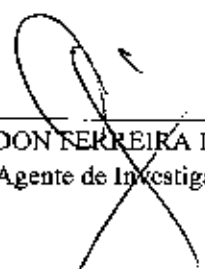
Local: Bcl. Jose Cuchatucio, Outros, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/05/17 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

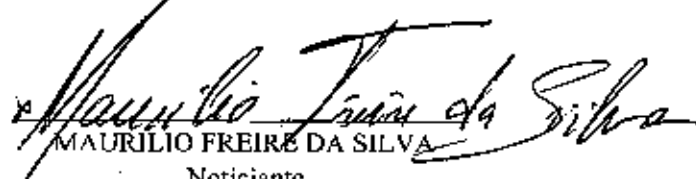
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

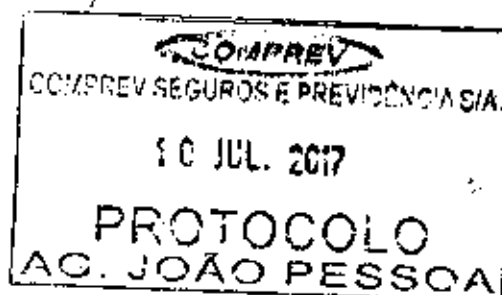
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, ANO 2011, DE PLACA OFE-1220-PB, CHASSI Nº 9C2KC1670CR449184; EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516-PB, DATADO DE 18/05/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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

João Pessoa/PB, 25 de maio de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MAURILIO FREIRE DA SILVA
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maurício Freire da Silva, portador da
carteira de identidade nº 478293 e inscrito no CPF sob o nº 788.295.344-04
residente e domiciliado na Rua de Santa Freire, 96
João Pessoa, Cidade João Pessoa,
Estado Paraíba, 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:

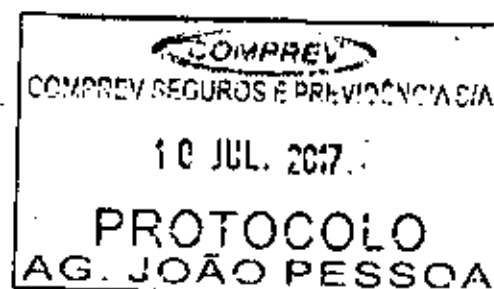
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido, não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior 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.

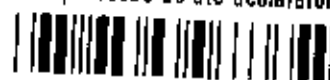
x Maurício Freire da Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 07 Junho 2017
Local e data



VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Comprovação de ato declaratório



Paciente MAURILIO FREIRE DA SILVA		BAE 997982	Data/Hora Entrada 03/05/2017 11:45:36	Data Baixa
Data de nascimento 29/07/1971	Idade 45	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 32335222
Mãe DARCI FREIRE DA SILVA			Prontuário	
Endereço AUTA DE LUNA FREIRE, 96		Bairro ERNANI SATIRO	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILDO ROMERO PEREIRA DE MELO	Nº Cons. Regional 3449/PB	
Data/Hora Classificação 03/05/2017 11:47:52			Data/Hora Prescrição 03/05/2017 12:47:32	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RELATA DOR NO TÓRAX E OMBRO E. NEGA OUTRAS QUEIXAS. RELATA SER HIPERTENSO E FAZ USO DE ATENOLOL. EX. FÍSICO: VIAS AÉREAS PERVIA; TÓRAX: MV(+), S/R(+), ACV: BRN+ ABDOME: FLÁCIDO, TIMPÂNICO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. MMII: NDN

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

Diluir:

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

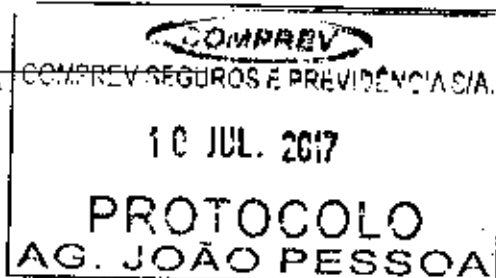
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Gildo Romero Pereira de Melo
GILDO ROMERO PEREIRA DE MELO
Médico
(3449/PB)

MAURILIO FREIRE DA SILVA



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: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURILIO FREIRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000311698-9

Nr. da Autenticação BFBD94A416BB904C

Comprovante de residência



JOSE EDUARDO DA SILVA - 04550276714
 RUA JOAO MACHADO, 399 - CENTRO
 54013-500 - JOAO PESSOA - PB

BANCO DO BRASIL 001-9 00190.000089016757223000.00001.016160.564260000210348

Q. VERGALHO EMPREENDIMENTOS IMOBILIARIOS - 06.448.432/0001-60

CAVALINHO INCLUI 5, 01/01/2015 - 01/01/2015

Item	Descrição	Valor
1	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
2	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
3	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
4	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
5	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
6	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
7	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
8	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
9	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
10	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
11	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
12	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
13	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
14	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
15	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
16	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
17	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
18	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
19	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
20	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
21	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
22	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
23	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
24	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
25	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
26	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
27	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
28	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
29	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
30	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
31	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
32	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
33	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
34	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
35	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
36	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
37	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
38	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
39	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
40	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
41	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
42	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
43	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
44	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
45	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
46	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
47	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
48	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
49	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
50	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
51	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
52	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
53	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
54	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
55	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
56	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
57	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
58	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
59	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
60	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
61	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
62	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
63	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
64	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
65	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
66	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
67	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
68	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
69	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
70	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
71	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
72	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
73	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
74	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
75	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
76	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
77	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
78	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
79	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
80	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
81	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
82	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
83	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
84	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
85	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
86	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
87	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
88	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
89	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
90	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
91	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
92	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
93	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
94	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
95	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
96	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
97	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
98	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
99	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000
100	Valor de Desconto	167.627.900.000.000.000

JOSE EDUARDO DA SILVA - 04550276714
 RUA JOAO MACHADO, 399 - CENTRO
 54013-500 - JOAO PESSOA - PB

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 10 JUL. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Peço exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PI, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

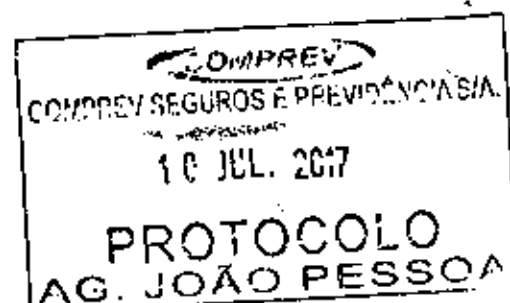
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maurilio Freire da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Maurilio Freire da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO

Renda Mensal: R\$RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU


 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

Documentação médica - hospital

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MAURILIO FREIRE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 29/07/71
NOME DA MÃE DARCI FREIRE DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

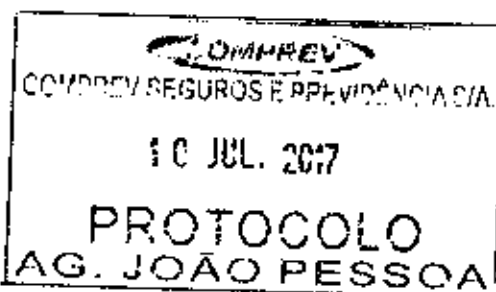
BOLETIM DE ENTRADA N.º 997.982
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 03/05/2017
HORA DO ATENDIMENTO 11:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DO TÓRAX + FRATURA DA CLAVÍCULA E
CID 10 S 20.2 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor no tórax e ombro E. Realizado exame físico. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP, Obliquo e Perfil da escápula
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da clavícula E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 03/05/17
DATA DA EMISSÃO: 18/05/17

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

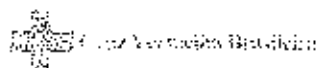
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome MAURILIO FREIRE DA SILVA		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário
29/07/1971	997982	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM		
RAIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL. (trauma)		
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) (trauma)		
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES) (trauma)		
ULTRASSONOGRAFIA - FASII (trauma)		
SS Nome Téc Rad: <i>SS</i> HORA: <i>12:35</i> DATA: <i>29/07/2017</i> ODIL RAIOGRAFIA		

03 de Maio de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, SA -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 997882



Identificação do paciente

Nome	MAURILIO FREIRE DA SILVA			Sexo	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Profissão	
25/07/1977	45 anos 8 meses 2 dias				
Mãe	Pai				
DARCIA FREIRE DA SILVA	SEVERINO AMARO DA SILVA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
	FRANCIMAR RIBEIRO - ACOMPANHANTE				
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo		
		83	32335222		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
RG (IDENTIDADE)	7476293				
Local de procedência	Tipo		UF		
92884	BAIRRO		PB		
Etnia	Naturalidade	CBOR			
	GUARABIRA				

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
55080000	JOÃO PESSOA	PB	AUTA DE LUNA FREIRE
Número	Complemento	Bairro	
52		ERNANI SÁTIRO	

Admissão

Data e hora	Número da pulseira	Convênio
03/05/2017 11:45:00	1000004398713	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento	Data do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso de alta	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Veio de transporte	Quem transportou		
CARRO PARTICULAR			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

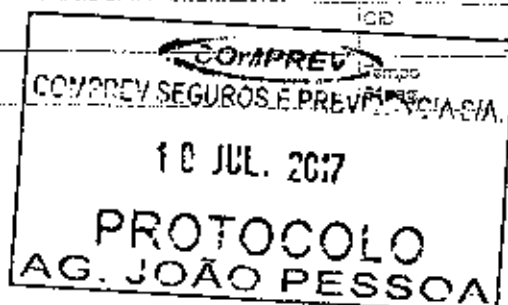
Raios X []	Sangue []	Urine []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por

JARCELA RENATA DE MENEZES SANTANA

Imprimir





VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente MAURILIO FREIRE DA SILVA		SAE 997982	Data/Hora Entrada 03/05/2017 11:45:38	Data Saída
Data de nascimento 29/07/1974	Idade 43	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 32335222
Mãe DARCI FREIRE DA SILVA				Prontuário
Endereço AUTA DE LUNA FREIRE, 96		Bairro ERNANI SÁTIRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FELIPE TAVARES SENA	Nº Cons. Regional 5349/PB
Data/Hora Classificação 03/05/2017 11:47:52		Data/Hora Prescrição 03/05/2017 14:20:38		

Anamnese

PARECER DA ORTOPEDIA PACIENTE COM FRATURA COM PEQUENO DESVIO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. CD :
ORIENTAÇÕES IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ALTA HOSPITALAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM
100ML DE SF A 0,9%) **2 PCUS 2**

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

CID10

Código	Descrição
S20.2	Contusão do tórax
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

Felipe Tavares SENA
Ortopedia - Fr e Trauma
CRM 2548 PB

FELIPE TAVARES SENA
(5349/PB)

MAURILIO FREIRE DA SILVA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MAURILIO FRIZINE DA SILVA	Data de	29/07/1971	Idade	45	Sexo	MASCULINO	Nº	997992	Nº		Data Prescrição	03/05/2017 14:20:38
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Síntese		Posto de Trabalho				Leito				Prescrição válida a	03/05/2017 14:20:38

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aparazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	FR/AMP		E.V.		AGORA	Observação: LAR EM 100ML DE SF A 0.9%	

FELIPE JAVARES SENA
CRM: 5349

Assinatura e Carimbo do Profissional

03 de Maio de 2017
Assinatura e Carimbo
CRM 5349 PB

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome		
MAURILIO FREIRE DA SILVA		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário
29/07/1971	997982	
Material a examinar		
PROCEDIMENTO		
IMOBILIZAÇÃO 8		

Assinatura do Profissional
Assinatura do Profissional

03 de Maio de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Documentos de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005

Maurício Freire da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.476.293 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 03/07/2013

NOME MAURÍLIO FREIRE DA SILVA

PLAÇÃO SEVERINO AMARO DA SILVA
DARCI FREIRE DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 29/07/1971

DOC ORIGEM NASC.N. 39243 FLS. 181 LIV. A/89

CIT CARTÓRIO GUARABIRA/PB

788.295.344-04

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/05/83

OMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

10 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 9640984227	
		6650492125	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
PRT 20120000354483-3			
VIA	COD. RENAVAM	RITR	
1	39462962-0	00/00000000	
NOME/ENDEREÇO			
MAURILIO FREIRE DA SILVA			
RUA AITA DE LUNA FREIRE 96			
ERNANI SATIRO			
58080560 JOAO PESSOA-PB			
CPF/CNPJ		PLACA	
78829534404		OFE1220/PB	
NOME ANTERIOR			
MAURILIO ANTONIO PEREIRA			
PLACA ANT/UF		CHASSI	
NOVO PB		9C2KC1670CR449184	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 FAN ESI		2011	2012
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
CHASSI : KC16E7C449184			
Pessoa - PB		DATA	
294		28/08/2012	
		40533	

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

 10 JUL. 2017

 PROTOCOLO

 AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170381957 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURILIO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 03/05/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0263273/17
Vítima: MAURILIO FREIRE DA SILVA
CPF: 788.295.344-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/05/2017
Titular do CPF: MAURILIO FREIRE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MAURILIO FREIRE DA SILVA : 788.295.344-04

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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/07/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

Data: 10/07/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.909.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Maurício Freire da Silva
brasileiro(a), estado civil Solteiro profissão
Porteiro CI RG nº 1476 293
CPF/MF nº 788.295.344-04 residente e domiciliado(a) à Rua
Auto de brema Freire, 96
Cidade de João Pessoa Estado
Paraíba CEP: 58080-560 telefone
(03) 35128500 (03) 986602858

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
RUA ASSIS CAVALCANTE, S/N - CENTRO-CEB. CEP 30730-900, SÃO PESSOAS - PARAIBA. TEL/FAX: (33) 3281-0079

RUA ASSIS CAVALCANTE, S/N - CENTRO-CEB. CEP 30730-900, SÃO PESSOAS - PARAIBA. TEL/FAX: (33) 3281-0079

Reconheço Por Autenticidade, a firma de **MARILIO FREIRE DA SILVA**, [032781], J.Pessoa=F9, 07/06/2017 09:48:15 Emol.
R\$9,23 Farpens=R\$0,27 Fepti=R\$1,85, ISS=R\$0,46. Em test datado 07/06/2017 em São Pessoa-PB.

Verdade. Tabela da CELEIDA nº 01410 FPECEISA SILVA. Selos
Digital AF042689-AE3H - Condição legal

<https://celodigi.br/ufpb/ServicoNotarial.aspx>



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MAURILIO FREIRE DA SILVA** Sinistro: **3170381957** Data: **03/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Auta de Luna Freire, 96 - Ernani Sátiro - João Pessoa - PB - CEP 58080-560**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **1476293**

Data local do exame: [**26/07/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO TIPO "8".

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB