Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILIO DIAS CHAVES**

Nº Sinistro: **3180349598**
Vitima: **MARCILIO DIAS CHAVES**
Data do Acidente: **23/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349598.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILIO DIAS CHAVES**

Nº Sinistro: **3180349598**
Vitima: **MARCILIO DIAS CHAVES**
Data do Acidente: **23/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349598**, 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

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	853.722.424-34	Marcelio Dias Chaves.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Marcelio Dias Chaves	CPF titular da conta: 853.722.424-34	Profissão: vigilante
Endereço: R. Goias	Número: 82	Complemento:
Bairro: Popular / Cidade: Santa Rita	Estado: PB	CEP: 58301-400.
Email: eduardosilva@hotmail.com		Telefone (DDD): (83)99342.1170

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

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 0039 DV: (informar dígito se existir) — CONTA NRO: 24850 DV: 3 (informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO: DV: (informar dígito se existir) — CONTA NRO: DV: (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cabedelo, 15 de Maio de 2018.
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.B01 V001/2017

agencia - 0039 - cabedelo
conta - 013 - 00024850 - 3
Marcilio Dias Graves.

CAIXA

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
SR. JOÃO PEDRO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01229.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01229.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:42 horas do dia 29 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marcilio Dias Chaves**, CPF nº 853.722.424-34, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria José Dias Chaves e Joaquim Manoel Chaves, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 15/07/1974 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Goiás, Nº 82-A, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Colégio Lacerda, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98628-2946.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pastor José Alves, Antigo Colégio Imaculada, Cabedelo/PB, bairro Camalaú; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/02/18 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE,segundo o notificante, acima qualificado:Diz que no dia 23/02/2018,por volta das 13:30 horas,quando trafegava pela rua: Pastor José Alves,bairro de Camalaú em Cabedelo/PB, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR BROS ESDD, ano e modelo:2017 de cor vermelha,placa: QFW 1024/PB,Chassi nº 9C2KD0810HR456182,registrado em nome de Alba Helena Gomes da Silva, CPF nº 841.083.804-44;QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima indicado, e que transitava normalmente em sua mão quando foi fazer uma ultrapassagem a um caminhão,não sabendo identificar a placa do mesmo e que segundo o notificante este caminhão trancou ao notificante vindo o mesmo a colidir na lateral direita do mesmo,que com o impacto o notificante veio a cair;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº0842/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 15.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de junho de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

MARCILIO DIAS CHAVES
Noticiante

COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
DG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Marcílio Dias Chaves	853.722.424-34	23/02/18.

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.

PROTOCOLO 30 JUL. 2018 SR. JOÃO PESSOA

Cabedelo, 15 de Maio de 2018.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 805/044, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1990788, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARCILIO DIAS CHAVES** idade 44 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x caminhão)** no dia 23/02/2018, na R. Siqueira Campos, Bairro: Camalau - Cabedelo - aproximadamente às 13:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 17 de Maio de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREI5ª Reg.30.10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

CAPRI PREVIDÊNCIA S.
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 28/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCILIO DIAS CHAVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000024850-3

Nr. da Autenticação B7F38CEFF12D3468

ANA RITA GOMES DA SILVA
RUA [illegible] - POPULAR
SANTA RITA / PB CEP [illegible]

Emissão: [illegible] Referência: [illegible]
Classificação: RESIDENCIAL / [illegible]
Fiscal: [illegible] Nº medidor: [illegible]

energisa

Cód. pro/Seq. Automática: [illegible]

Para informações sobre sua energia: 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Competência	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	06/06/2018	06/07/2018	64107820491

UC (Unidade Consumidora): 5/846237-6

Canais de contato:

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
07/05/18	[illegible]	06/06/18	2884	1	50	31

Demonstrativo

		Valor de Rs	ICMS	Base	Alíquota	Valor	PIS/COFINS	Base	Alíquota	Valor
3601	Consumo em kWh	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3601	Adc. B Amarela	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3601	Adc. B Vermelha	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
3907	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3934	JUROS DE MORA 04/2018	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3935	MULTA 04/2018	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

CCI: Código de Classificação de tarifa TOTAL 47,06 [illegible]

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
[illegible]	01/07/2018	R$ 47,06

Histórico de Consumo (kWh)

60	71	61	46	44	55	50	53	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO A: 8c78.fca0.e331.e5cf.4f55.90dc.ce89.d58c

Indicadores de Qualidade 2016 - Sep 8

	Último	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC Mensal	[illegible]	[illegible]	NOMINAL	220
DEC Trimestral	[illegible]			
DEC Anual	[illegible]			
FEC Mensal	[illegible]	0,00	CONTRATADA	
FEC Trimestral	[illegible]		LIMITE INFERIOR	[illegible]
FEC Anual	[illegible]		LIMITE SUPERIOR	[illegible]
DMIC	[illegible]	0,00		
DIC	[illegible]			

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	47,06	100,00

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso [illegible] do vencimento poderá sofrer a suspensão do fornecimento após decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Faturas em atraso
Mar/18 53,58
Jan/17 27,69

COMPREV PREVIDENCIA SP
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
[illegible]

PARAÍBA
Referência: 05 - 2018
Matrícula: 846237-2018-05-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
01/07/2018	R$ 47,06

83670000000-0 4706005400 0-4 0846237 2018-6 0630000 2019-9

NET

O MUNDO É DOS NETS

AV MONA RUSA, 8004A
JOÃO PESSOA - PB

907/01331 4567

25/05/2018

048,302,784-74

BOLETO BANCÁRIO

PARA 2a VIA DA FATURA, DEBITO AUTOMATICO E DUVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

Importante:

Minha NET:

VIRTUA BOM CONFORME HORLIDADE

FONE LIN LOCK

NET VIRTUA

NET Fone

NET VIRTUA

Mensalidade Promocional VIRTUA	
Sub-Total Mensalidade Promocional VIRTUA	35,97
Total NET VIRTUA	35,97

NET Fone

Total NET Fone	18,62

VOCÊ JÁ UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL NAS REDES SOCIAIS.

TAMBÉM PODE UTILIZÁ-LA PARA ALTERAR O NOME E A SENHA DA SUA REDE WI-FI NA MINHA NET.

Confira como é fácil reconfigurar a sua rede:
No Minha NET, escolha a opção "Wi-fi Casa", veja todos os dados da sua rede e altere o nome e a senha, sempre que quiser.

SÃO DIVERSOS SERVIÇOS PARA VOCÊ MULTITELAR.

É simples, rápido e seguro.
Baixe o aplicativo ou acesse: net.com.br/minhanet

Autenticação mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados Juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de 1% ao mês serão acrescidos após o vencimento até

Agência aceita seus pagamentos nos bancos conveniados a rede: BANCO BRASCESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI, BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Identificação para Débito
NET SERVICOS 907013314567

Mês/Referência
Abril/2018

Cliente
ALEXANDRA CESAR DUARTE

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 001

Seguradora LÍDER

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 SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelo Dias Chaves inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.722.424-34 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Marcelo Dias Chaves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.722.424-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

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

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

PREVIDÊNCIA 30 JUL. 2018 PROTOCOLO

Endereço		Número	Complemento
Av. Maria Rosa		58	
Bairro: Mamaiana	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58038-460
Email: zeduardosilva@hotmail.com	Telefone comercial(DDD): 99342-1170	Telefone celular (DDD): 98663-4900	

João Pessoa, 27 de Julho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alba Helena Gomes da Silva,

RG nº 1.839.775, data de expedição 23/01/2017

Órgão SSDS - PB, portador do CPF nº 841.083.204-44 com

domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Goiás - Popular, nº 62,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Marcílio Dias Chaves, cujo o condutor era

Marcílio Dias Chaves.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/ NXR BROS ESDD
Ano: 2017
Placa: QFW 1024 PB
Chassi: 9C2KD0810HR456182
Data do Acidente: 23/02/18
Local e Data: Cabedelo PB 15/05/2018.

Alba Helena Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

_____

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Figueirêdo Dornelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário
Rua Maciel Pinheiro, 78 - Centro - CNS: 10110-0 - Cabedelo - PB
Fone/Fax: (83) 3226-1442

RECONHECO, COMO AUTÊNTICA E VERDADEIRA, A(S) FIRMA(S) DE:
ALBA HELENA GOMES DA SILVA
Em test.da verdade. Cabedelo-PB 15/05/2018 16:28:24
Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto
C2018-005137JEMOL:R$ 9,40 FARPEN:R$ 0,20 FEPJ:R$ 1,90 FUNDESS:R$ 0,47
SELO DIGITAL: AQW26018-SHUT
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

CAMPO PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
S.R. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0842/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº105453 e prontuário Nº2018.02.3308, pertencentes a MARCILIO DIAS CHAVES que foi atendido dia 23/02/2018 às 14H46min, vitima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 1/3 distal dos ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 07/03/2018 e alta medica dia 08/03/2018

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3883

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 105453 Atd: Nao Regulado
Data: 23/02/2018
Hora: 14:46:46
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.02.003308
Nome: MARCILIO DIAS CHAVES
CNS: 898001201558133 Sexo: M IDENTIDADE: 1673657 Fone: 986736793
Natural: CABEDELO/PB Data Nasc.: 15/07/1974 Id: 43 ano(s)
End.: RUA ANA BARBOSA DE OLIVEIRA,67CASA
Bairro: JARDIM BRASILIA Cidade: CABEDELO UF :PB
Mae: MARIA JOSE DIAS CHAVES Pai: JOAQUIM MANOEL CHAVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: VIGIA SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: MARCILIO DIAS CHAVES
Tel/Doc. Responsavel: 986736793 / IDENTIDADE: 1673657
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO E CARRO HJE
Vitima de violência por: PROX DO COLEGIO IMACULADA EM CABEDELO COND
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: VERDE

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Queixa Principal
AO MOTO CARRO

Observacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Vítima de colisão moto x carro há 30 min. Refere dor e edema no MIE. Nega perda de consciência. Nega outras queixas. Refere dor no pé esq. que aumenta com deambulação

Diagnostico
Fratura bimalleolar

Conduta
Ao Hospital de alta de urgência para ortopedia

Prescricao
ORTOPEDIA.
Trauma Tornozelo (E) c/ dor e edema local s/alt. neurovasculares. R-X c/ fratura pilão tibial. Cd: Talas / Internado p/ TC cerúrgico

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI

[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcilio Dos Data da Admissão: 23/12/2018
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD: Dor e inchaço em TNZ (E)

HDA:
Vítima de colisão moto-moto. Apresenta dor, edema e deformidade em TNZ (E)

Medicações em uso:

EMPRESA PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
Nº 1047

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ___ Kg em ___ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros

Pele:

Cabeça e Pescoço: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: Visão:

AR e ACV: [ ]Dor [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema Outros:

ABD: [ ]Dor [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras:

SME: [ ]Dor [ ]Rigidez pós-repouso [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa _____

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

[ ]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____Kg Altura: _____m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura do Clivo Típica (E)

Conduta: Tratamento Cirúrgico

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

JOÃO PESSOA

Nome: *MARCILIO DIAS CHEVES*				Registro:	
Idade: *43 a*	Sexo: *Masc*	Cor:	Clínica: *Ortopedia*	EMP:	LR:
Data: *07/03/2018*			Cirurgião: *CARLOS TIAGO*		
1º Assistente: *Jorge Augusto*			2º Assistente: *Geraldo Drienkens (Acad.)*		
Anestesista: *IBERLONI*			Instrumentador:		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura do 1/3 distal dos Ossos da Perna E	*S82.4*

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
Osteossíntese de Maléolo Lateral Esquerdo	
Retirada de Fixador Externo	

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

EMPREST PREVIDENCIA ESP
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
HG JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 distal e anterolateral da perna E LATERAL DE PERNA
Dissecção por planos
Visualização de foco de fratura da fibula E TIBIA DISTAL

Achados:

Conduta:

Realizada manobra de redução
Aposição de 01 placa estreita 1/3 tubular Ø 3.5mm
Aposição de 05 parafusos corticais E DUAS PLACAS DE RECONSTRUÇAO DE TIBIA DISTAL COM DOIS PARAFUSIS DIASTSI E TRES PROXIMAIS

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%
Realizado RX controle
Aposição de Tala bota gessada

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo

OBS: *Paciente apresentando lesão de partes moles em região medial da perna esquerda impossibilitando fixação tibial*

Data: 01/03/18

MÉDICO/CRM

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: MARCILIO DIAS CHAVES.

LAUDO MÉDICO.

O paciente MARCILIO DIAS CHAVES, foi vítima de acidente de trânsito em 23/02/2018, em decorrência do qual sofreu trauma em membro inferior esquerdo: fratura do 1/3 distal dos ossos da perna esquerda, como foi constatado pelo exame de imagem.

Foi submetido a procedimento cirúrgico em 07/03/2018 para tratamento da fratura, onde realizou-se: aposição de placa estreita 1/3 tubular de 3.5 mm, aposição de 5 parafusos corticais e duas placas para reconstrução da tíbia distal com dois parafusos distais e três proximais, conforme relatório cirúrgico.

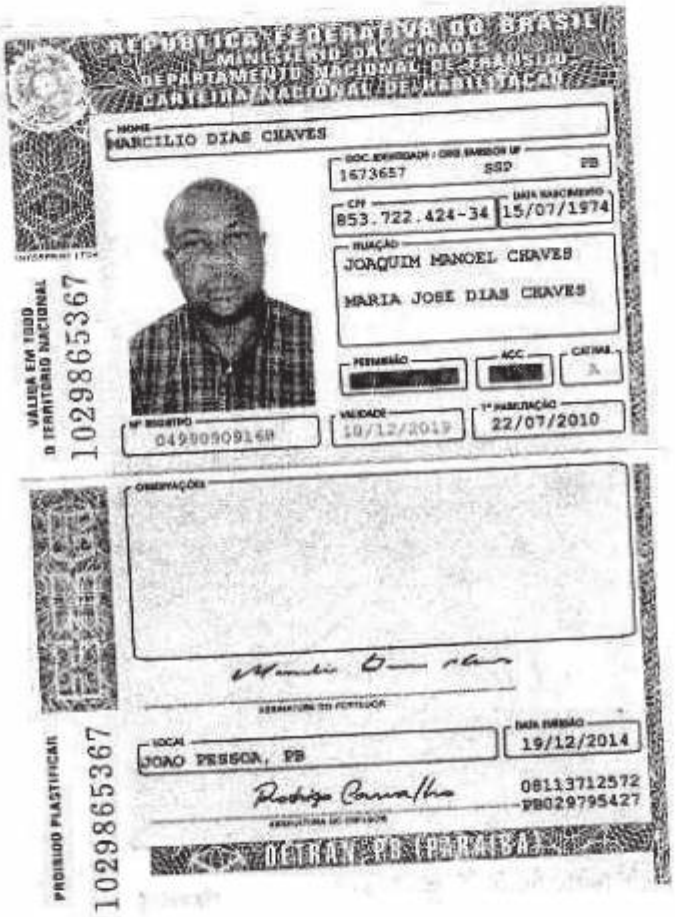
Do exame clínico e dos demais documentos médicos da paciente, vê-se limitação nos movimentos em face da extensão das lesões diagnosticadas, revelando sequelas no membro inferior esquerdo insuscetíveis de amenização por medidas terapêuticas ordinárias, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais.

CID: S82.4, T93.

João Pessoa, 13 de agosto de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MARCILIO DIAS CHAVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 1673657 SSP PB

CPF: 853.722.424-34

DATA NASCIMENTO: 15/07/1974

FILIAÇÃO:
JOAQUIM MANOEL CHAVES
MARIA JOSE DIAS CHAVES

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CATEGORIA: A

Nº REGISTRO: 04990909168

VALIDADE: 10/12/2019

1ª HABILITAÇÃO: 22/07/2010

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO: 19/12/2014

08113712572
PB029795427

DETRAN PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1029865367

PROIBIDO PLASTIFICAR

1029865367

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349598 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO DIAS CHAVES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349598 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO DIAS CHAVES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marcelo Dias Chaves, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão vigilante, CI RG nº 1673657, CPF/MF nº 853.722.424-34, residente e domiciliado(a) à Rua R Goiás, 82 popular, Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58301.400, telefone (83)99342.1170, (83)98663.4900.

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. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

JUNTA PROVIDÊNCIA, SA. 30 JUL. 2018 PROTOCOLO 19.106

Cabedelo, PB, 19 de outubro de 2018.

OUTORGANTE

Reconheco, com autentica e verdadeira, a(s) firma(s) de: MARCELO DIAS CHAVES
Em testemunho da verdade. Cabedelo-PB 15/08/2018 16:39:00
Robson Roberto Alexandre Martins - Preposto
[2018-005141] EMOL:R$ 9,48 FAMEPB:R$ 0,28 FETJUR:R$ 1,90 ISS:R$ 0,47
SELO DIGITAL: AB82602-JHB
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Figueirêdo Dornelas Serviço Notarial e Registral