

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta nº: 11859321

A/C: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170560876 ASL-0400569/17
Vítima: FABIO CANDIDO RODRIGUES
Data Acidente: 01/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11875489

A/C: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170560876 ASL-0400569/17

Vitima: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Data Acidente: 01/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **FABIO CANDIDO RODRIGUES**

Sinistro: **3170560876**

Vítima: **FABIO CANDIDO RODRIGUES**

Data do Acidente: **01/01/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170560876** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12192497

A/C: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Nº Sinistro: 3170560876
Vítima: FABIO CANDIDO RODRIGUES
Data do Acidente: 01/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FABIO CANDIDO RODRIGUES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **000000049792-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, FABIO CÂNDIDO RODRIGUES

PORTADOR(A) DO RG Nº 56.531.035-5 EXPEDIDO POR SSDS/SP EM 23 / 08 / 2012 E

CPF 016142714-75 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO AGRICULTOR

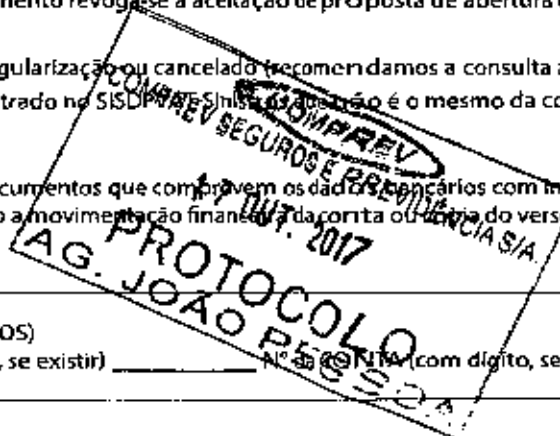
E RENDA MENSAL DE R\$ NÃO POSSUI (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FABIO CÂNDIDO RODRIGUES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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 site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistro 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 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) 0944 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.00049432-5

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.

ITAPORANGA/PB-23 de SETEMBRO de 2014

LOCAL E DATA

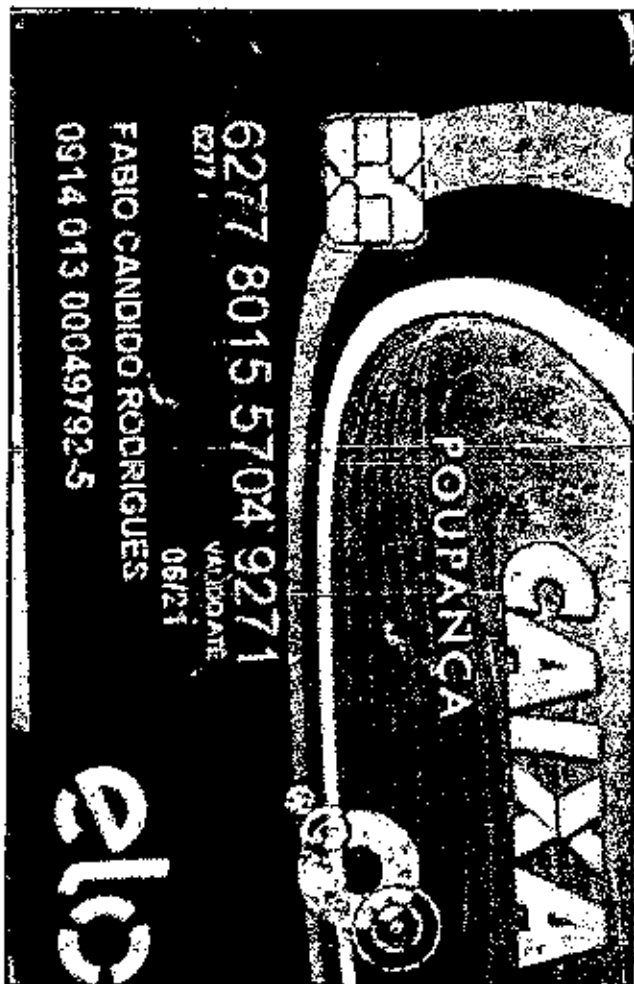
Fabio Candido Rodrigues dos Santos

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.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 435 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 1º / Janeiro / 2017 . HORAS -14h-Aproximadamente.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA.

Notificante/Vítima:

FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES, natural de Manaíra/PB, Solteiro, Agricultor, nascido no dia 23/JAN/1988, filho de José Carlos Rodrigues de Lima e Cicera Cândido de Lima, portador do RG 56.531.035-5/SSP/SP e CPF Nº. 076142714-75, residente na R. José Tavares Diniz nº.44 centro-Manaíra-PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

QUE no dia e horas informado acima, saiu de sua residência para visitar al alguns familiares no Sítio Algodão, conduzindo a moto ' HONDA/CBX 250 TWISTER, COR AMARELA, ANO MOD. 2007, PLACA KKE2887/PE E CHASSI Nº. 9C2MC35007R073988, licenciada em nome de FLAVIO CANDIDO RODRIGUES e já chando a citado Sítio(Algodão), ao tentar desviar de um animal(Vaca) na estrada perdeu o controle da moto, colidindo contra uma barreira, sendo então socorrido por familiares para uma Clínica na cidade de Princesa Isabel-PB.



Itaporanga (PB), 30 / Junho / 2017.

Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
Esc. Pol. (M. A. E. 30254)
Chefe de Cartório

05

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência do IML



Eu, FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES, portador da carteira de identidade nº 56.531.035-5, e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.142.714-15, residente e domiciliado na JOSÉ TAVARES DIMIZ, Nº 44, CENTRO, Cidade MANAÍBA, Estado PAPUA, 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:

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

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

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

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

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

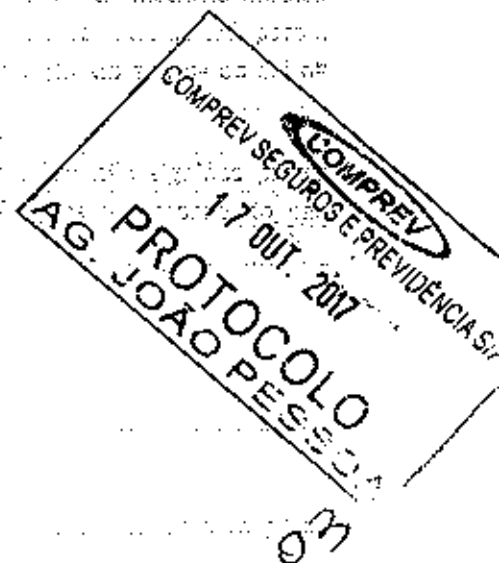
Edson Rodrigues dos Santos

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

ITAPORANGA/PB, 23/09/2017

Local e data





CLINICA MEDICA

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº F.A.A. : 3724

CNS: 898001261397306

Nome: 1066 - FABIO CANDIDO RODRIGUES

DN: 23/01/1988 Idade: 28 Anos, 11 Meses e 9 Dias. Sexo: M Raça/Cor: PARDA Etnia: RG:
Mãe: CÍCERA CANDIDO DE LIMA

Endereço: 10a RUA PROJETADA - S/N Complemento: Bairro: DOZE
Cidade: MANAIRA UF: PB CEP: 58.995-000
Tel. Residencial: Comercial: Contato: Cel: Cel P/ SMS:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () VERMELHO (X) AMARELO () VERDE () AZUL

Medicamentos em uso:

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não Câncer: () Sim (X) Não Pneumopatia: () Sim (X) Não
Transplantado: () Sim (X) Não Alergia: () Sim () Não Outros: () Sim (X) Não
Tem Tosse: () Sim (X) Não Se Sim, Quanto Tempo: ~
Antecedentes Pessoais:

Kassia Cristina Medeiros
Enfermeira

P.A. 130 x 80 mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/ml Glasgow: COREN - PB 147506
Pulso: Freq. Respiratória: Peso: Kg Altura: m Dor:

Prof. Resp. pré-consulta:

Última Notificação: Data da Notificação: CID: Número da Notificação:

HISTÓRICO DE CONSULTAS	Datas das Últimas Consultas:	Quantidade de Consultas nos Últimos:	10 Dias (0)	30 Dias (1)	180 Dias (1)
Num. FAA: 3724	01/01/2017	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			
Num. FAA: 1305	10/12/2016	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			
Num. FAA: 1305	10/12/2016	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			

AValiação CLINICA

Paciente alcoolizado.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO/CURATIVO

() ECG (X) Medicação
() Exames () Curativo
() Outros

56 S% POON
quon 50% 20%
compro 18 domp
ut e domp

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
17/01/2017
PROTÓCOLO
DAO PESSOAS

DADOS DA SAÍDA

DATA E HORA: 02/01/17 - 16:10

(X) Alta () Recusou o Atendimento () Retorno
() Encaminhado:



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional
Usuário que Imprimiu: EDILELIA GAMBARRA



Atendente Responsável na Recepção: EDILELIA GOMES SILVA GAMBARRA

Anticipo a presente copia, reproducao fiel do original que se for apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 11/08/2017 09:55:56
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
(2017-006027) ENOL:R9 2,31; FAPEN:R9 0,27 FEP:R9 0,46
SELO DIGITAL: AFD2014-8908
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

02

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: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO CANDIDO RODRIGUES

BANCO: 104

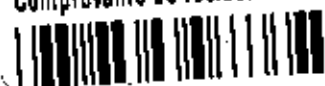
AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000049792-5

Nr. da Autenticação 2396CF4E77ACC2EE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES

RG nº 56.531.035-5, data de expedição 23 / 08 / 2012, Órgão SSDS/SP

CPF nº 046.442.744-75, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	JOSÉ TAVARES DINIZ
Número	44
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	MANAIRA
Estado	PARAÍBA
CEP	58.995-000
Telefone de Contato	(83) 999471520/99
E-mail	SERTAO.ASSESSORIA@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA/PB, 23 / 09 / 2017

Assinatura do Declarante:

Fábio Cândido Rodrigues dos Santos





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Felício da Silva, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.054/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME SEU NÚMERO
MATRÍCULA

71622527

REFERENCIA

AGO/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE CARLOS RODRIGUES DE
RUA JOSE TAVARES DINIZ NUM. 44

CENTRO
MANAIRA

58995-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
125.01.478.0095	0	1	0	0	0	80552676
Hidômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N365199	18/02/2016	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
105	115	10	29	19/09/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS						
FEV/2017	6	0	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAR/2017	5	0	COR	10	10	10
ABR/2017	8	0	CLORO	14	14	14
MAI/2017	6	0	COL.TOTAIS	14	14	14
JUN/2017	5	0	TURBIDEZ	10	10	10
JUL/2017	3	0	COL.TERMOT	0	0	0
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A: JUL/2017			

DATA DA LEITURA: 22/08/2017	HORA DA LEITURA: 10:43:49		
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL. ÁGUA	VL. ESGOTO TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	36,84	R\$36,84
047-JUROS DE MORA			R\$0,23
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$0,73

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$3,41 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:

05/09/2017

Total a Pagar:

R\$37,80

v. 16.12 R. 1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

acompanhe como está sendo aplicado seu dinheiro
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
71622527	AGO/2017	05/09/2017	R\$37,80

82610000000-7 37800010827-4 16225270820-0 17000000002-7



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
17 OUT 2017

15



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIUA, 88 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58700-000 (AB: 154)

energisa

ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 02.095.183/0001-40 Insc. Est. PB: 016.822-4

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO R290, M03 - Cróto Redutor - João Pessoa / PB - CEP: 58001-590
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 9188 Referência: Jun / 2017
Nº medidor: 0009206001 Emissão: 12/08/2017

Nota Fiscal / Conta de Exemplo: N° 000.479.100
Código para DDE e Autenticação: 000027653

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

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora) 5/27653-4

Jun / 2017

Canal de contato

Aprovação

12/08/2017

Data prevista da
próxima leitura

13/07/2017

CPF CNPJ RAB

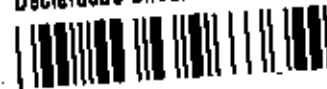
22470948

Alterar	Atas	Consumo	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
12/08/17	8508	12/08/17	9581	91

Retornos em atraso

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	58	0,4387	25,65
Atc. B. Vermeto			1,08
IDMS			9,85
PIS			0,26
COFINS			1,83
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			5,88
JUROS DE MORA 05/2017			0,20
MULTA 05/2017			0,95

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT. 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.

Pelo exposto, eu EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 5.650.161, expedido por SSDS/PE, em

20 / 04 / 96, CPF/CNPJ nº 029.244.064-09,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FÁBIO

CÂNDIDO RODRIGUES do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: NÃO POSSUI

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Declaração do proprietário do veículo



Eu, FLAVIO CANDIDO RODRIGUES

RG nº 2657786, data da expedição 03 / 06 / 99, órgão SSP / PB

Portador do CPF nº 044.137.314-12, com domicílio na cidade de MANAIRA, estado de PARAIBA

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Boa Vista

nº S/N, complemento ÁREA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES, cujo

condutor era: O MESMO

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / CBX 250 TWISTER

Ano: 2007 / 2007

Placa: KKE 2587

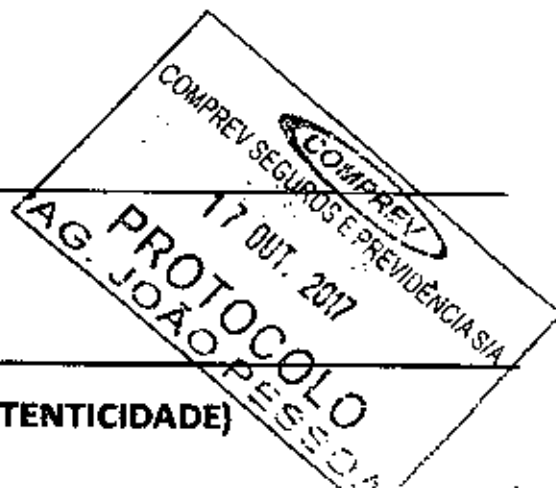
Chassi: 9C2MC35007R043988

Data do Acidente: 01/01/2017

Local e Data: ITAPORANGA / PB, 26 DE SETEMBRO DE 2017

X Flavio Candido Rodrigues

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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



40

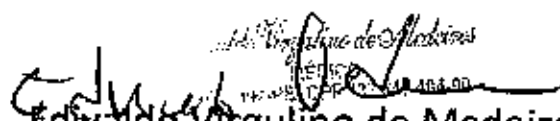


Atestado/Laudo
Centro Médico Virgulino
Rua Chico Soares, S/N

Atesto que o Sr(a), **Fábio Cândido Rodrigues**, apresenta fratura de maléolo Fibular, com qualidade de vida bastante limitada, dificuldade de exercer suas atividades normais, necessitando e requerendo auxílio doença pelo INSS e avaliação do perito oficial, por tempo indeterminado.

CID-10-S82.4

Princesa Isabel, 31/1/2017.


Edivaldo Virgulino de Medeiros



CLINICA MEDICA

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº F.A.A. : 3724

CNS: 898001261397306

Nome: 1066 - FABIO CANDIDO RODRIGUES

DN: 23/01/1988 Idade: 28 Anos, 11 Meses e 9 Dias.

Sexo: M Raça/Cor: PARDA

Etnia:

RG:

Mãe: CÍCERA CANDIDO DE LIMA

Endereço: 10a RUA PROJETADA - S/N

Complemento:

Bairro: DOZE

Cidade: MANAIRA

UF: PB CEP 58.995-000

Tel. Residencial:

Comercial:

Contato:

Cel:

Cel P/ SMS:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

Medicamentos em uso:

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não Câncer: () Sim (X) Não Pneumopatia: () Sim (X) Não

Transplantado: () Sim (X) Não

Alergia: () Sim () Não

Outros: () Sim (X) Não

Tem Tosse: () Sim (X) Não Se Sim, Quanto Tempo:

Antecedentes Pessoais:

Kassia Cristina Medeiros
Enfermeira

P.A. 130 x 80 mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/ml Glasgow: COREN - PB 147.472 e

Pulso: Freq. Respiratória: Peso: Kg Altura: m Dor:

Prof. Resp. pré-consulta:

Última Notificação: Data da Notificação:

CID:

Número da Notificação:

HISTÓRICO DE CONSULTAS	Datas das Últimas Consultas:	Quantidade de Consultas nos Últimos:	10 Dias (0)	30 Dias (1)	180 Dias (1)
Num. FAA: 3724	01/01/2017	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			
Num. FAA: 1305	10/12/2016	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			
Num. FAA: 1305	10/12/2016	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Paciente alcoolizado.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO/CURATIVO

() ECG (X) Medicação

() Exames () Curativo

() Outros

56 Sx Poomlieu
 { qlion soff 2amp, 20:58
 { comploos 18 1amp
 wit e 1amp

DADOS DA SAÍDA

DATA E HORA: 02.01.17 - 08:10

(X) Alta () Recusa o Atendimento () Retorno

() Encaminhado:



Fabio Candido Rodrigues
 Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional

Atendente Responsável na Recepção: EDILELIA GOMES SILVA GAMBARRA

Usuário que Imprimiu: EDILELIA GAMBARRA

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que se foi
 apresentado. Em testemunho da verdade.
 Princesa Isabel-PB 11/08/2017 09:55:56
 Maria Rodrigues dos Santos - Ecrevente
 (2017-006027) ENCL: 2, 31, FAPEN: RS 0, 27, FEPJ: 15 9, 46
 SELO DIGITAL: AF022014-2908
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



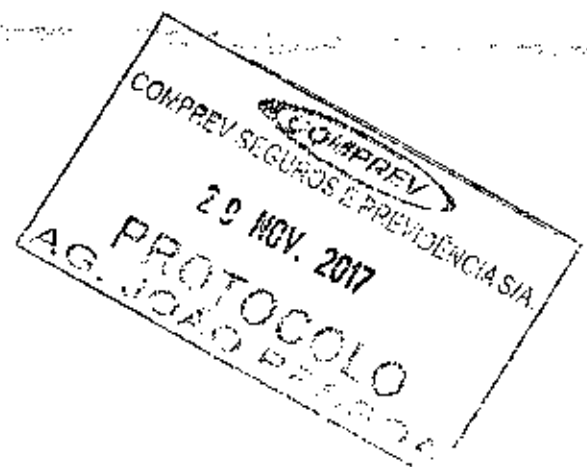
Atestado/Laudo
Centro Médico Virgulino
Rua Chico Soares,S/N

Atesto que o Sr(a), **Fábio Cândido Rodrigues**, apresenta fratura de maléolo Fibular ,com qualidade de vida bastante limitada, dificuldade de exercer suas atividades normais, necessitando e requerendo auxílio doença pelo INSS e avaliação do perito oficial ,por tempo indeterminado.

C/D-10-S82.4

Princesa Isabel,31/1/2017.


Edivaldo Virgulino de Medeiros



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

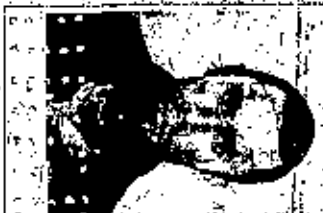
ESTADO DE SÃO PAULO 8810-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON, SAUDY

PROIBIDO PLASTIFICAR





Fabio Candido Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

8648-088516

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 56.531.035-5 DATA DE 23/AGO/2012

EXPEDIENTE

NOME FABIO CÂNDIDO RODRIGUES

ALIAÇÃO JOSE CARLOS RODRIGUES DE LIMA

E CÍCERA CÂNDIDO DE LIMA

NATURALIDADE MANAIRA - PB DATA DE NASCIMENTO 23/JAN/1988

DOC. ORDEM PRINCESA ISABEL - PR

PELO SINAL

CN: LV.A003/ELS:0136/N.002942

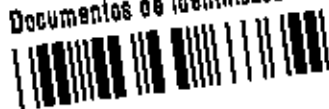
CPF 076142714/75

Relat. Avulso 209 Delegado Divisório de Polícia IIRGD-SSP/SP

ASSINATURA DO DETETOR

LE Nº 7.116 DE 29/08/93

Documentos de Identificação



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

17 OUT. 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

06

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170560876 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO CANDIDO RODRIGUES **Data do acidente:** 01/01/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO E TRAUMA EM COXA DIREITA (LESÃO MUSCULAR)

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA UMA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA DIREITA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO DIREITO GRAU II, E DEFORMIDADE EM FACE ANTERIOR DA COXA. AO EXAME FÍSICO DO TORNOZELO APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO DIREITO EM 4°, E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°, ALÉM DE DOR LOCAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 01/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO MAIS TRAUMA EM COXA DIREITA (LESÃO MUSCULAR). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO POR 90 DIAS E DIAGNOSTICADO COM UMA LESÃO EM MUSCULATURA DO QUADRÍCEPS DIREITO QUE TAMBÉM FOI OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do membro inferior devido à repercussão funcional do membro (atrofia da coxa direita, edema e limitação da mobilidade do tornozelo).
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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): **FABIO CANDIDO RODRIGUES** Sinistro: **3170560876** Data: **01/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **JOSE TAVARES DINIZ, 44 - CENTRO - Manaira - PB - CEP 58995-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **565310355**

Data local do exame: [**22/12/2017**] **Pombal** [**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 DO TORNOZELO DIREITO MAIS TRAUMA EM COXA DIREITA (LESÃO MUSCULAR) . APRESENTA UMA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA DIREITA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO DIREITO GRAU II, E DEFORMIDADE EM FACE ANTERIOR DA COXA. AO EXAME FÍSICO DO TORNOZELO APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO DIREITO EM 4°, E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°, ALÉM DE DOR LOCAL.

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.
PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 01/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO MAIS TRAUMA EM COXA DIREITA (LESÃO MUSCULAR). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO POR 90 DIAS E DIAGNOSTICADO COM UMA LESÃO EM MUSCULATURA DO QUADRÍCEPS DIREITO QUE TAMBÉM FOI OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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.

ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA EM 2 CM DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II DEFORMIDADE EM FACE ANTERIOR DA COXA AUMENTO DE VOLUME DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 4° DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 15° DOR LOCAL

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):
MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual (**X**) 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.

Tiago Martin Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

Itapóรงanga, 24 de NOVEMBRO de 2017.

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT:

VÍTIMA: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Outros



SINISTRO: 3140560846

Prezados Senhores:

Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do Sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informam como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os já apresentados e que se encontram no Sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do hospital CLÍNICA MÉDICA número de Prontuário _____, que é uma exigência desta Seguradora.

Sendo assim, e por acreditar não ser justo ser prejudicado (a) por não possuir mais documentos médicos, pois, não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação acerca da referida solicitação feita, por isso pode-se entender essa determinação abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério Público, fraude, fazer ou consultar Médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas.

Portanto, peço cordialmente, que dê continuidade no meu Sinistro para que eu possa ser avaliado (a) por um médico Perito nomeado por este consórcio, para que constate ou não minha debilidade.

Certo (a) de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente.



Edilson Rodrigues dos Santos

PROCURADOR



PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES

Nacionalidade: BRASILEIRO

/Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AGRICULTOR

Identidade: 56.531.035-5

/CPF: 046.142.714-25

Endereço: R. JOSÉ TAVARES DINIZ, Nº 44, CENTRO, MANAIRA/PB

OUTORGADO:

Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

/Estado Civil: CASADO

Profissão: AUTÔNOMO

Identidade: 5.652.161

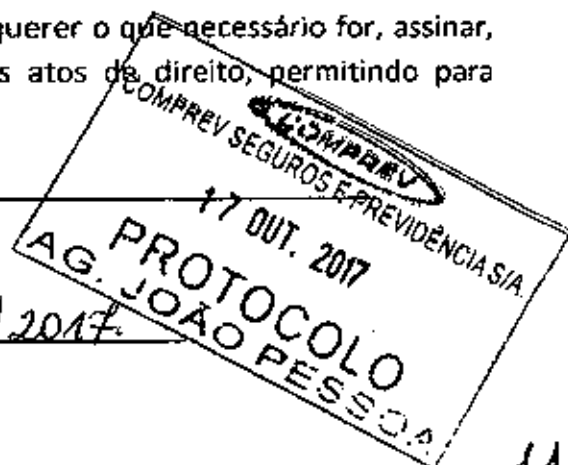
/CPF: 039.247.064-09

Endereço: R. MANOEL PEREIRA CALAIA, 58, CENTRO, ITAPORANGA/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES

Local e data: Itaporanga/PB, 30/09/2017.



11

Fábio Cândido Rodrigues

**ASSINATURA DO OUTORGADO
(RECONHECER FIRMA POR AUTOGRAFIA)**

