

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369639

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369639

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

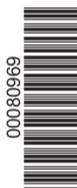
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369639

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

113875424-27

Nome completo da vítima:

Julio Fagne Rodrigues do Pracimundo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Julio Fagne Rodrigues do Pracimundo

CPF:

113.875.424-27

Profissão:

RECUSO INFORMAR

Endereço:

Av. Dist. Curimatá

Número:

SN

Complemento:

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Pilar

Estado:

PB

CEP:

58338-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2493

0

CONTA: 17.217

AGÊNCIA:

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me suometer à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Le. 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data de óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (varascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Local e Data: Pilar PB, 04/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA
1º | Nome: *COMPREV*
CPF: *67 JUN 2019*
Assinatura: *PROT. JOÃO PESSOA S/A*

2º | Nome: *JOÃO PESSOA*
CPF: *Assinatura*

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TERM 80115837 AGENTE 115837 AGTE 115837
COBAN: 071527 LOJA: 0001 PGV: 115837
29/04/2013 BANCO DO BRASIL 13-19-0
244392781 CORRESPONDENTE BANCARIO 0006
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPIANCA
EM DINHEIRO

371 CLIENTE: JULIO F R NASCIMENTO
371 AGENCIA: 2443-0 CONTA: 17.217-6

171 VARIACAO POUPIANCA 51
01 DATA 29-04-2013
171 NR. DOCUMENTO 24.437.152.700.000
171 VALOR DINHEIRO 28,46
171 VALOR TOTAL 28,46

rat NR. AUTENTICACAO: F.442.17F.E78.145.98

SALVAMENTOS A PARTIR DE 04/05/2012 ESTAMOS
PRIMAVORES PELA LEI 12.703.

CD C...



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05879.01.2019.1.00.401

2º CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 05879.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 29 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Julio Fagne Rodrigues do Nascimento**, CPF nº 113.875.424-27, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Josefa Rodrigues de Brito e Flavio Marcolino do Nascimento, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/04/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Distrito Curimatau, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Pilar/PB, telefone(s) para contato (83) 98886-6899.

Dados do(s) Fatos:

Local: Distrito Curimatau, Zona Rural, Pilar/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/08/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 23/08/2018, POR VOLTA DAS 13:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA OET-5268/PB, CHASSI 9C2KC1670BR607003, REGISTRADA EM NOME DE SEVERINO RODRIGUES DE BRITO, NO DISTRITO DE CURIMATAU, PILAR/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO; QUE FOI CORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM LESÃO DE PELE EM CALCÂNEO DIREITO, CONFORME CERTIDÃO 0274/2019, ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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 maio de 2019.

José Rodrigues da Silva Junior
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

Julio Fagne Rodrigues do Nascimento
JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A.
07 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

113875424-27

Nome completo da vítima:

Julio Fagne Rodrigues do Pracimundo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Julio Fagne Rodrigues do Pracimundo

CPF:

113.875.424-27

Profissão:

RECUSO INFORMAR

Endereço:

Av. Dist. Curimatá

Número:

SN

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Pilar

Estado:

PB

CEP:

58338-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2493

0

CONTA: 17.217

AGÊNCIA:

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me suometer à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Le. 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data de óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Local e Data: Pilar PB, 04/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA
1º | Nome: *COMPREV*
CPF: *67 JUN 2019*

2º | Nome: *PROT. JOÃO PESSOA*
CPF: *Assinatura*

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TERM 80115837 AGENTE 115837 ARQ 18227
COBRANÇA: 071527 LOJA: 0001 PESO: 115837
29/04/2019 BANCO DO BRASIL 115837
244352781 CORRESPONDENTE BANCÁRIO: 115837
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM PULPADA
EM DINHEIRO

31 CLIENTE: JULIO F R NASCIMENTO
31 AGENCIA: 2443-9 CONTA: 17.217-6
pi VARIACAO POUPLANCA 51
o1 DATA 29-4-2013
lex NR. DOCUMENTO 24.437.152.762-E-0
VALOR DINHEIRO 68,46
VALOR TOTAL 23,78

[rai] NR. AUTENTICAÇÃO F. 442.377-E78.145.3

EDITOS A PARTIR DE 04/05/2012 ESTAMOS
PRIMAVORES PELA LEI 12.782.

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

Ficha Nr: 156943 Atd: Nao Regulat
Data: 23/08/2018
Hora: 15:29:45
Recepctionista: MARJARA DOS SANTOS AL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 704202785381780 Sexo: M IDENTIDADE: 3936983 Fone: 986266401

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 09/04/1996 Id: 22 ano(s)

End.: SITIO MATUA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PILAR UF :PB

Mae: JOSEFA RODRIGUES DE BRITO

Eai: FLAVIO MARCOLINO DO NASCIMENTO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: CARPINTERO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: TIO SEVERINO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Prseudencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 13/

Vitima de violência por: PROX. DE CASA/ CONDUTOR

| Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Fixa Principal

FERE CORTE CONTUSO EM REGIAO DO PE D

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto ei fuiimeto contante

glicose . si sintomas queimad.

Diagnóstico Exanmicos em M&E . | Conduta



Prescrição

() Ax de fe

() Audições da OPIA

| Horário da medicacão

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

7
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtda	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Julio Kigne R. do Nascimento

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medic

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento não valor fiscal.
Documento não é segundário de conta.

Folha para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 025.335.534



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 233, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-686
CNPJ 09.085.183 / 0001-48 - Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

20/05/2019

CONSUMO

212

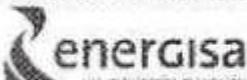
VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 191,04

Acesse: www.energisa.com.br



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/05/2019	R\$ 191,04	1698358-2019-05-4



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento não valor fiscal.
Documento não é segundário de conta.

Folha para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 025.335.534



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 233, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-686
CNPJ 09.085.183 / 0001-48 - Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

20/05/2019

CONSUMO

212

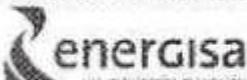
VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 191,04

Acesse: www.energisa.com.br



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/05/2019	R\$ 191,04	1698358-2019-05-4



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via da conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - Nº 025.658.901



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 • Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 29.095.163 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA RODRIGUES DE BRITO
LOC DIST CURIMATAU S/N DIST.CURIMATAU
PILAR

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1544389-8

REFERÊNCIA
MAI/2019

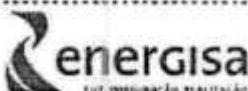
APRESENTAÇÃO
28/05/2019

CONSUMO
0

VENCIMENTO
04/06/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 19,89

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHOS AQUI

JOSEFA RODRIGUES DE BRITO

Roteiro: 17-012-119-1410

B3670000000-0 19890054000-8 15443892019-6 05500012019-0

VENCIMENTO
04/06/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 19,89

MATRÍCULA
1544389-2019-03-5





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Julio Fagre Rodrigues de Franckimento inscrito (a) no CPF sob o N° 113.875.424/27.
do sinistro de DPVAT cobertura Imoveliz da Vítima Julio Fagre Rodrigues de Franckimento
Inscrito (a) no CPF sob o N° 113.875.424/27, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Changabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:				Tel. (000) (83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB

Assinatura do Documento

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 JUN. 2019

**PROJETO
AG. JOÃO PESSOA**

Declarante do Proprietário do Veículo

Eu , Severino Rodrigues de Brito

RG: nº. 1.615.624, data de expedição 31/01/1991

Órgão SSP, portador do CPF nº. 853.272.044 – 72, com domicílio na cidade de Pilar, no estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Zona Rural, Rua Sem Número, nº _____, complemento _____, declaro, sob as penas de lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Julio Fagne Rodrigues do Nascimento, cujo o condutor era Julio Fagne Rodrigues do Nascimento.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda/ CG 150 FAN

Ano: 2011

Placa: OET 5268

Chassi: 9C2KC1670BR607003

Data do Acidente: 23 – 08 – 2018

Local e data: Curimataú - Pilar – PB 23 - 08 - 2018

Severino Rodrigues de Brito

Assinatura do declarante

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

SELO DIGITAL:

consulte em - <http://www.jpb.jus.br>

AHS29968 - ENYQ

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

Reconheço a firma de Severino Rodrigues de Brito

cor autenticidade. Dou fé. Em testemunha de verdade

Pilar 23/08/2018
Domineu Góes de Brito

TARELIÃO





CERTIDÃO

Nº. 0274/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº156943 e prontuário nº2018.08.003613 pertencente a **JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 23/08/2018 às 15H29min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou lesão de pele em calcâneo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 23/08/2018, 30/08/2018.

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

João Pessoa, 21 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 23/07/17

Nome: Jéssica Fagone R. do Nascimento Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____

Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Habitos:

Motivação: Ferimento edentátil em região do alvéolo

Medicações em uso: Nil

Interrogatório Sintomatológico:

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

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

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []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-reposo []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: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Tai

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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:

Ossada parcial do Tendão do bíceps

Conduta:

DO Blaco emergente

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia.

Assepsia e Anti-sepsia

Aposição de campos estéreis

Incisão:

Achados:

LESÃO PARCIAL DO TENDÃO DO CALCANEÓ

LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES

Conduta:

Limpeza exaustiva com SF 0,9%

Desbridamento de tecidos desvitalizados

Tenorrafia

Limpeza com SF 0,9%

Sutura

Curativo

Fechamento:

OBS:

Ferimento extenso em calcâneo, curativo diário e Antibioticoterapia

Data: 23/10/11

MEDICO/CRM

MPB/11507



Nome: Júlio Fagne Rodrigues do Nascimento				Registro:
Idade: 22a	Sexo: masc	Cor:	Clinica: Ortopedia	EMP: LR:
Data: 30/08/2018				Cirurgião: Nerival
1º Assistente: valdeban ri				2º Assistente:
Anestesista: CLOVIS				Instrumentador:

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Lesão de pele em calcâneo dir.

s.91

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Limpeza mecanico cirurgica

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

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Conduta:

Realizada limpeza deferimento na região de calcâneo, não houve necessidade desbridamento.

Fechamento:

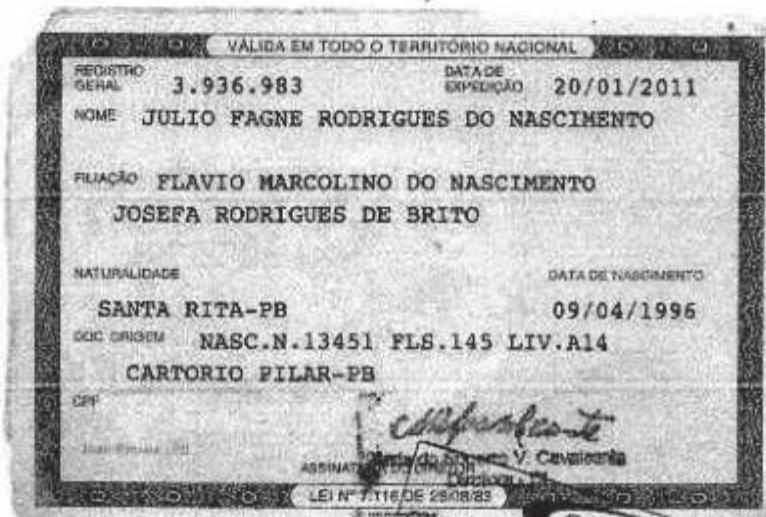
Curativo

OBS:

AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA PARA COBERTURA DE TENDÃO DE AQUILES

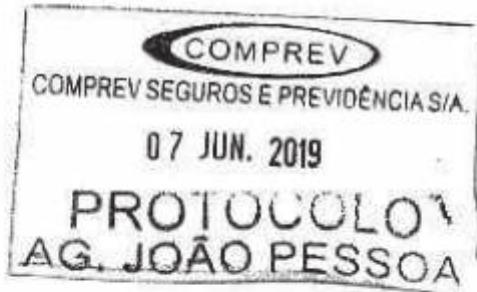
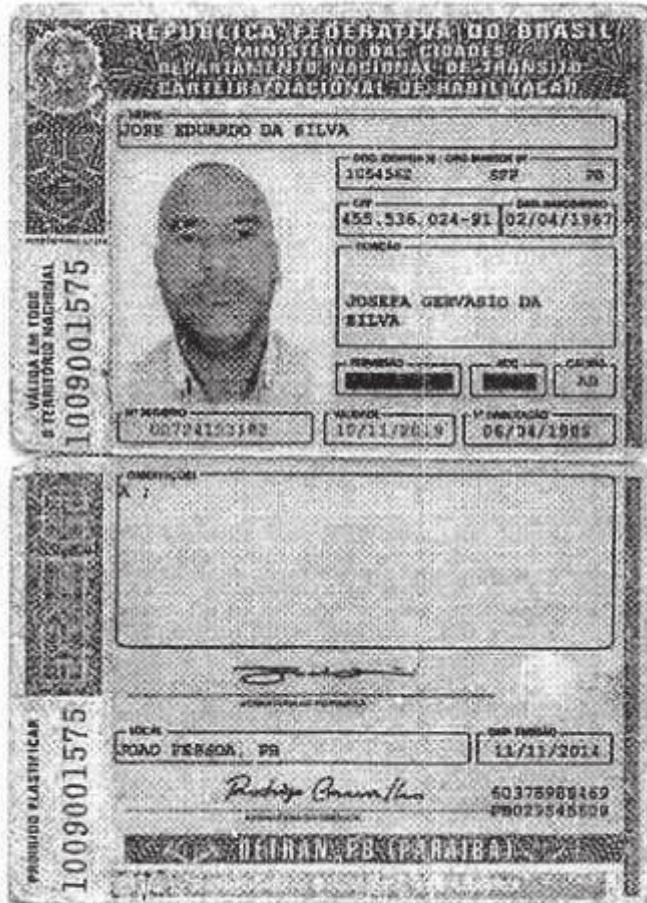
Data: _30/_08/_2018_____


Dr. Valdeben Capitão Jr.
Médico
CRM 1692
MEBICO CRM



certificante
Assinatura do Delegado V. Cavalcante
LEI N° 7.111 DE 25/06/83
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
07 JUN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369639 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 23/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTOCONTUSO EM REGIÃO DE CALCÂNEO DIREITO COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO DO CALCÂNEO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC, DEBRIDAMENTO E TENORRAFIA) P4 5 6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Procuraçāo

OUTORGANTE:

Julio Fagne Rodrigues do Nascimento, Brasileiro (a) Estado Civil Solteiro , profissāo Auxiliar de serviços gerais, CI RG nº. 3936.983, CPF/MF nº. 113.875.424 - 27, residente e domiciliado(a) à Rua Curimataú – Pilar – PB Rua Sem Numero, cidade de Pilar – PB, Estado da Paraíba, CEP: 58338 – 000, Telefone: 98886 – 6899, 99404 – 9677.

OUTORGADO: **JOSÉ EDUARDO DA SILVA**, CPF sob o nº. 455.536.024 – 91 e RG sob o nº. 105462, com endereço cito à Rua Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, 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 numero de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro , junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pilar, 21 de dezembro de 2018

Julio Fagne Rodrigues do Nascimento
OUTORGANTE



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

Reconheço a firma de Julio Fagne Rodrigues do Nascimento.
Por autenticidade. Dou fé. Em test^o 6 de verdade

Pilar 21/12/2018

Elaine Cristina L. da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194627/19

Número do Sinistro: 3190369639

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

CPF: 113.875.424-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO : 113.875.424-27

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194627/19

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

CPF: 113.875.424-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO : 113.875.424-27

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA