

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11603153

A/C: GILMAR PRIMO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477890 ASL-0336057/17

Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA

Data Acidente: 18/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628621

A/C: GILMAR PRIMO DA SILVA

Sinistro: 3170477890 ASL-0336057/17
Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA
Data Acidente: 18/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11710472

A/C: GILMAR PRIMO DA SILVA

Sinistro: 3170477890 ASL-0336057/17
Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA
Data Acidente: 18/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: **GILMAR PRIMO DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000122394-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

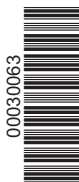
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PRE

Autorização de pagamento



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, GILMAR PRIMO DA SILVAPORTADORIA) DO RG Nº 2874574EXPEDIDO POR GSP-PAEM 13/05/15CPF 0.56.18.0204-16 / CNPJ 00.000.000/0000-00 PROFISSÃO Colchoneiro

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

(*) A Circular Susep nº 415/2012, 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 0001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0001 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0001

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

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1919 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00102394-5

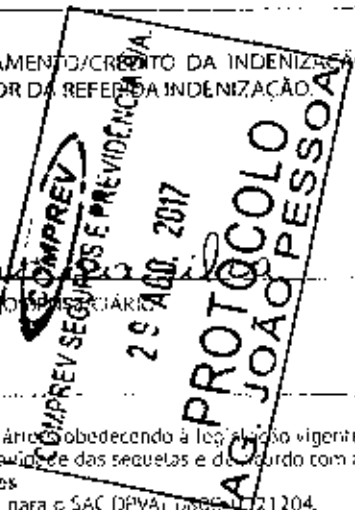
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita, 14 de agosto de 2017

LOCAL E DATA

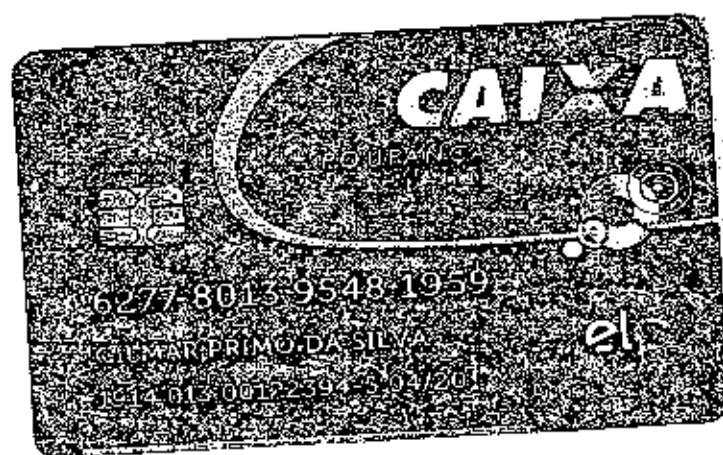
Gilmar Primo da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/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 021204.



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Gilmar Primo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Tito da Silva, 567
Popular Santa Rita PB CEP: 58301-240
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2874574
Data local do exame: [15/09/2017] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE ARCOS COSTAIS, LESÃO DE PARTES MOLES DO JOELHO ESQUERDO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA, REFERE QUEIXAS DE DOR TORÁCICA AOS ESFORÇOS FÍSICOS.**
- 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?
(☒) 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?
(☒) 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.
**EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO E REFERE QUEIXAS DE DOR TORÁCICA AOS ESFORÇOS FÍSICOS.
Data da alta: 10/01/2016.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DAS COSTELAS E REPARAÇÃO DE PARTES MOLES DO JOELHO ESQUERDO, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) 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.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO, REFERE QUEIXAS DE DOR TORÁCICA AOS ESFORÇOS FÍSICOS.
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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Esquerdo | Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR. |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

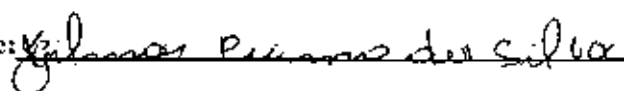

Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518

**OCORRÊNCIA POLICIAL DE Nº 1961/2017****NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Perda de Documentos.****DATA E HORA DA OCORRÊNCIA: 14/08/2017 HORA: 10h50min.****LOCAL DO FATO (logradouro/Bairro): Rua BR 101, sentido Santa Rita/Natal/RN.**

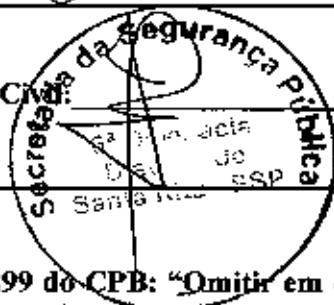
NOTIFICANTE: GILMA PRIMO DA SILVA, brasileira, natural de Santa Rita/PB, Solteiro, Colchoeiro, ensino médio completo, nascido em 04 SET 1984, com 32 anos de idade, filho de João Primo da Silva e de Josefa Soares da Silva, RG nº 2.874.574 SSP/PB, CPF 056.180.204-16, residente na Rua Francisco Pinto, nº 567, Bairro Popular, Santa Rita/PB, fone de contato: (83) 9-8887.0996, no final assinado.

A QUAL VEIO A ESSA UNIDADE POLICIAL REGISTRAR QUE:

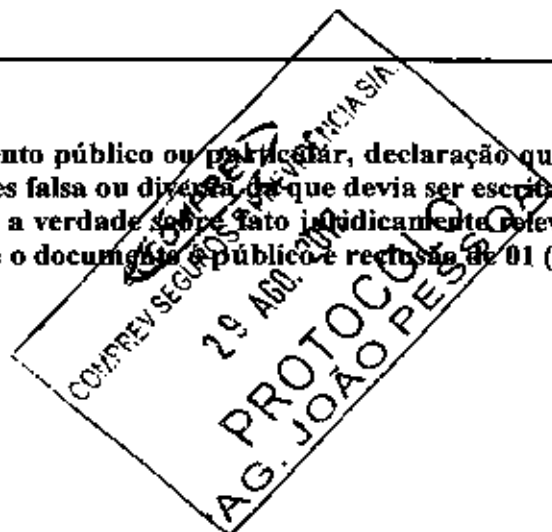
Que informa o notificante que em data de 18/09/2016 por volta das 06h00min sofreu um acidente automobilístico na BR 101 saída para Natal/RN, próximo ao Supermercado ATACADÃO na cidade de Santa Rita/PB, quando conduzia o veículo tipo moto HONDA/NXR 150 BROS ES, COR PRETA, ANO/MODELO 2012/2012, PLACA MOU 1231/PB, CHASSI 9C2KD0550CR545889, em nome dele notificante, sendo socorrido para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena em João Pessoa/PB e atendido pela Drª. Joacila Braga Brandão CRM 1741/PB, o qual emitiu o Laudo Médico com o CID 10 V 29 + T 06.8 (S 09.9 + T 01.8 + S 20.2 + S 22.4 + S 27.2), conforme cópia em anexo. Motivo pelo qual veio a essa delegacia registrar o fato. O referido é verdade e dou Fé.

Assinatura do Notificante: 

Assinatura do Policial Civil:



ATENÇÃO: Artigo 299 do CPB: "Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declarações falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigações ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena – Reclusão de 09 (um) a 05 (cinco) anos e multasse o documento é público e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa se o documento é particular."



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Gilmar Primo da Silva, portador da carteira de identidade nº 2874574 e inscrito no CPF sob o nº 056.180.204-16 residente e domiciliado na Francisco Tito da Silva, 567 Popular, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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:

- (A) 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.

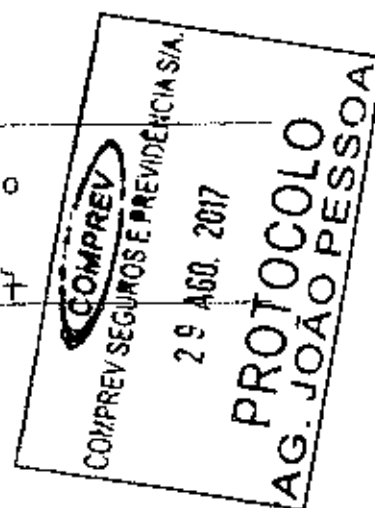
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Gilmar Primo da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 14 agosto 2017

Local e data



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

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

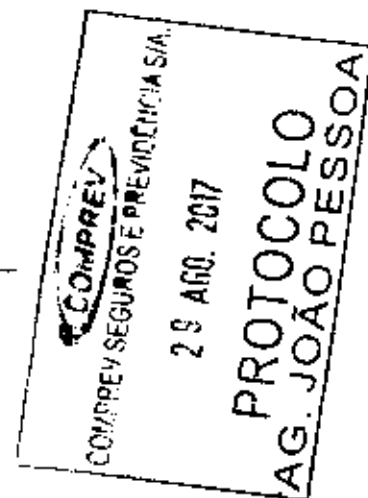
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 610/013, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1428548, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GILMAR PRIMO DA SILVA** idade 32 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 18/09/2016, na BR 101- saída para Natal, Rodovia - Santa Rita - aproximadamente às 05:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Agosto de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE 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: 20/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR PRIMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000122394-5

Nr. da Autenticação F1696FD3B4214460

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Gilmar Primo da Silva

RG nº 2874574, data de expedição 13/05/2015

Órgão SSP-PB, CPF nº 056.180.204-16, 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:

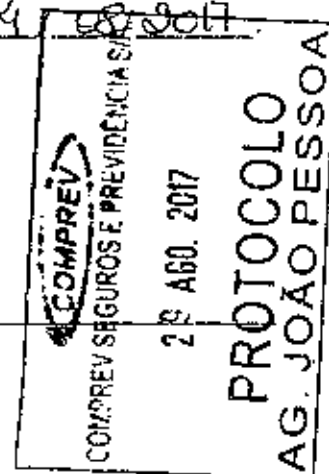
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Francisco Tito da Silva</u>
Número	<u>567</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Popular</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58301-240</u>
Telefone de contato	<u>83-99342.1170/3542.8500/99403-5368</u>
E-mail	<u>alexandracesar Duarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

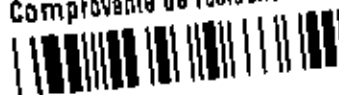
Local e Data: Santa Rita / PB, 14 / 08 / 2017

Gilmar Primo da Silva

Assinatura do Declarante



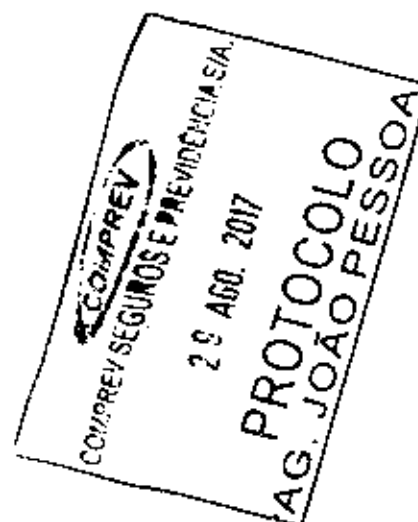
Comprovante de residência



CTC RECIFE PE PL12
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 93
MANAIRA
58038-460 - JOAO PESSOA - PB



7213512620 29591 00004068370 30 206317





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.

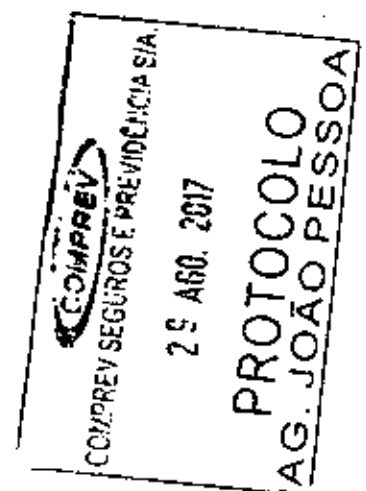
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

[Assinatura]
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Código de Identificação

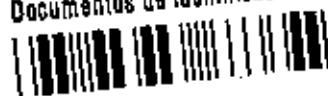
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
Nome GILMAR PRIMO DA SILVA	CPF 2874574
DATA NASCIMENTO 04/09/1984	CEP 056.180.204-16
Função JORAO PRIMO DA SILVA	
JOSEFA SOARES DA SILVA	
PERMISSAO 0000000000	REC 00000000
DATA 25	DATA 25
1º REGISTRO 04785575571	VALIDADE 05/12/2019
2º REGISTRO 29/10/2009	
Observações <i>Gilmar Primo da Silva</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSAO 13/05/2015
NUMERO 01614714610	PROTECTOR PRO29708044
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

29 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de Identificacao



ASSOCIACAO BRASILEIRA DE SEGURANCA E PREVIDENCIA S/A (assinatura)		NOME: JOSE EDUARDO DA SILVA NOME DE SOLTEIRO: JOSE EDUARDO DA SILVA DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1967 CPF: 1.064.882.952-16
		ASSOCIACAO BRASILEIRA DE SEGURANCA E PREVIDENCIA S/A (assinatura)

ORDEM DE ATRIBUICAO DO BRASIL CONSELHO REGIONAL DA PARANÁ CONSELHO DE AVOGADOS	
NOME: JOSE EDUARDO DA SILVA NOME DE SOLTEIRO: JOSE EDUARDO DA SILVA DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1967 CPF: 1.064.882.952-16	ASSOCIACAO BRASILEIRA DE SEGURANCA E PREVIDENCIA S/A (assinatura)



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

29 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** **11** **12**

[illegible]

PB Nº. 01302B2B5010 - FICHAS DE SEGURO					
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA					
www.seguradora lider.com.br					
SAC DPVAT 0800 022 1734					
Nº		CPF / CNPJ		PERÍODO DATA INÍCIO DATA FIM	
05618020416				2017 26/05	
NOME(A)		MUNICÍPIO		PLANO	
0045009976		MONTE/NR150		BROS 25	
ANOS 2017		CATEGORIA		VALOR	
2017		9C2KPD05		50CR545889	
PREMIOS		PREMIO TARIFARIO		CUSTO DO SEGURO	
DISTRITO DA UENITE (NR)		NO PRESETO		TOTAL DO SEGURO	
COPIA ÚNICA		PAGAR (NR)		TOTAL DO SEGURO	
SEGURADORA LIDER - DPVAT					
CNPJ 07.344.774/0001-01					
EST 344321434269-20170526					

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 ASD, 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477890

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA

Data do acidente: 18/09/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arcos costais, lesão de partes moles do joelho esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no joelho esquerdo com limitação de mobilidade articular e deficit de força motora, refere queixas de dor torácica aos esforços físicos.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador da fratura das costelas e reparação de partes moles do joelho esquerdo, resultados insatisfatórios.
Não houve complicações neste caso.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do joelho esquerdo.
Limitação funcional residual de estruturas torácicas.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336057/17
Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA
CPF: 056.180.204-16

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/09/2016
Titular do CPF: GILMAR PRIMO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



GILMAR PRIMO DA SILVA : 056.180.204-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477890 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

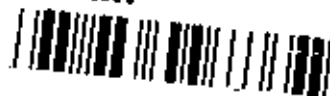
CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

Gilmar Primo da Silva
 brasileiro(a), estado civil solteiro profissão
Colcheteiro CI RG nº 2874574
 CPF/MF nº 056.180.204-16 residente e domiciliado(a) à Rua
Francisco Tito da Silva, 567 - Popular
 Cidade de Santa Rita Estado
Paraíba CEP: 58301-240 telefone
83-99342-1170 83-3512-8500

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 perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

DOURADO DE AZEVEDO

Santa Rita 14 de agosto de 2017

Gilmar Primo da Silva

OUTORGANTE

RECAMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 29 AGO. 2017
 PROTOCOLO
 1455 JOÃO PESSOA



Em test.da verdade, Santa Rita, 14/08/2017 10:22:05
 Virginio Velloso Borges Dourado de Azevedo - Substituído
 [2017-006462]EUFIL:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,85
 SELD DIGITAL: AFP91930-LRG9
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>