

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190008971**

**Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 05/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

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](http://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, 23 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190008971**

**Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 05/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**Recebedor: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

**Valor: R\$ 675,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003146**

**Conta: 0000004957-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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:

Nome completo da vítima:

05015724497

José Marcos da Silva Filho

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

CPF:

Número:

CEP:

Complemento:

574 apto 102

58068-115

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

### RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3146

CONTA: 04957 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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 do 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 indenizado e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
Digital da  
Assinatura do  
Beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Joaão Pessoa - PB 02/01/19

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

02 JAN. 2019

CPF:

2º | Nome:

Assinatura

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
PROTOCOLO  
Assinatura  
AG. JOÃO PESSOA

José Marcos da Silva Filho





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10048.01.2018.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 10048.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:13 horas do dia 20 de dezembro de 2018, 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **José Marcos da Silva Filho**, CPF nº 050.157.244-97, RG nº 281171934 SECC/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Gesilda Silva dos Santos e José Marcos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/08/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Risalva Oliveira da Silva, Nº 174, complemento ap. 102, residencial SHALOM, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Não Possui, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99843-5959.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Otacilia Patriota de Almeida, Próximo Ao Posto de Combustível, João Pessoa/PB, bairro Água Fria;  
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/08/18 10:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que estava trafegando na rua Otacilia Patriota de Almeida, bairro Água Fria, nesta capital, com seu veículo MOTO SHINERAY XY 50, com placa: OFG-3921/PB, chassi: LXYXCBL09F0229619, RENAVAM: 01140493997, registrado em nome de sua genitora, quando a condutora de um carro que vinha em sua frente, freou de repente com a lanterna de freio apagada, e culminou colidindo na lanterna traseira do lado do motorista deste carro. Relatou que foi socorrido pela própria condutora do carro para o TRAMINHA DE MANGABEIRA onde ficou internado para ser cirurgiado(certidão nº 1616/2018, expedida pela médica FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO, CRM/PB:4516).

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, 20 de dezembro de 2018.

**Liélia Moraes da Silva**  
Escrivão de Polícia

**JOSÉ MARCOS DA SILVA FILHO**  
Noticiante

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**  
Procedimento Policial: 10048.01.2018.1.00.401

# 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:

Nome completo da vítima:

05015724497

José Marcos da Silva Filho

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

CPF:

Número:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 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 OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3146

CONTA: 04957 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atenda 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 submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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 do 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 indenizado e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
Digital da  
Assinatura do  
Beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

02 JAN. 2019

CPF:

2º | Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO  
Assinatura  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



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

Ficha Nr: 150982 Atd: Nao Regul.  
Data: 05/08/2018  
Hora: 11:14:38  
Recepctionista: LENICE FLORENCIO DE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2

Nome: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO Num. Prontuario: 2018.04.001327

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 281171934 Fone: 998435959

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1983 Id: 35 ano(s)

End.: RUA RISALVA OLIVEIRA DA SILVA, 174\*NAO POSSUI CNS, ORIENTADO

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: GESILDA SILVA DOS SANTOS Pai: JOSE MARCOS DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COZINHEIRO Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

Tel/Doc. Responsavel: 998435959 / IDENTIDADE: 281171934

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO HJ PELA MANHA

Vitima de violênciapor: POR TRAZ DA PREFEITURA EM AGUA FRIA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

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

Sintoma Principal

Observacao

FERIR TRAUMA EM REGIAO DO DEDO DA MAO D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente referiu colisão moto x com  
grau 4º QD D.

Diagnostico

| Conduta

Fratura. 4º MTC com desvio M. FX 4º MTC.

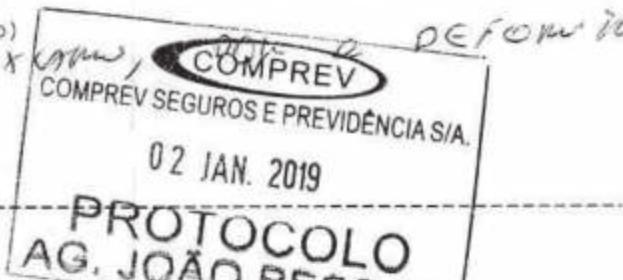
Prescriçao

| Horario da medicacao.

NOTACIONAL.

INTERVAGAO P/ TRATAMENTO CLINICO

DR. JAOES



PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia  
 Alta a pedido

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

Transferido

Enfermaria

Desistencia

UTI

Obito

Atestado  SVO  IML

02 JAN 2019

**PROTOCOLO**

**AQ. JOÃO PESSOA**

*Adriano Marques de Souza*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

# 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: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03146

CONTA: 00000004957-8

---

Nr. da Autenticação 87D2C36267EA44CB



**CAGEPA**

**Rua Feliciano Cimé, 220 - Jaguaripe João Pessoa - PB**  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

**PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA  
71751001  
REF. REC. 15**

CUSTA DE CUMPRIMENTO DE AGUA E ENERGIA E SISTEMOS

183 / 200

EET&TECHNOLOGY

REGINA FLORINDO DA SILVA -  
RUA RISARVA OLIVEIRA DA SILVA, 174 - APTO 102  
GRAMAME, JOAO PESSOA PB 58068-115

VALOR APROXIMADO DE TRIGONOMETRÍA:  $\sin 1^\circ \approx 0.01745$ ,  $\cos 1^\circ \approx 0.9848$

VENCIMENTO: 17/11/2018 Total a Pagar:

~~R&D~~ - COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.



#### **CONDICÃO DE LEITURA: REAISIZADA**

## **CONDICÃO DO TATUAMENTO: REAL**

02 JAN 2019

#### THE ENDANGERED SPECIES

GRANITO & MARMOL E. PERINDE 160 JESÚS MARÍA CALLE 2



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Alexandria Lemos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-502-754-74  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Marcos da Silveira Filho inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 050.157.244-97 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima  
José Marcos da Silveira Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.157.244-97 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	<u>Algente Físical José L. Duarte</u>	Número	<u>157</u>	Complemento			
Bairro	<u>Mangabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58056-381</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD)	<u>99346-1170</u>		

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2019  
 Local e Data

Alexandria Lemos Duarte  
 Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

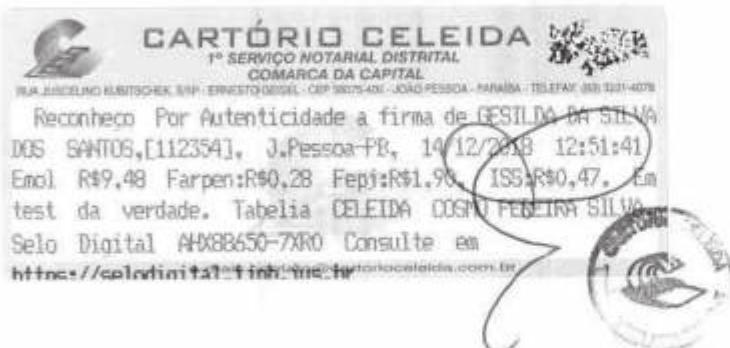
Eu, Gesilda da Silva dos Santos,  
RG nº 369.782-2 data de expedição 04/06/2018  
Órgão SSDS, portador do CPF nº 160.811.454-68, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Marilene Oliveira dos Santos, nº QD-1 Bloco 3/ AP 109  
complemento Paratibe, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Marcos da Silva Filho cujo o condutor era  
José Marcos da Silva Filho.

Veículo: Ciclomoto  
Modelo: SHINERAY XY 50Q  
Ano: 2015  
Placa: OFG3921/PB  
Chassi: LXYXC3L09F0229619  
Data do Acidente: 05/08/2018  
Local e Data: Atrás da Prefeitura 05/08/18

Gesilda da Silva dos Santos  
Assinatura do Declarante



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



## CERTIDÃO

Nº. 1616/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA 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 nº 150982 e Prontuário nº 2018.04.001327 pertencentes a **JOSE MARCOS DA SILVA FILHO** que foi atendido dia 05/08/2018 às 11H14min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em 4º dedo da mão direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 4º dedo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/08/2018 com alta médica dia 13/08/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de novembro de 2018

\_\_\_\_\_  
Médica  
CRM/PB 4516

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.  
02 JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 05/08/18

Nome: JOSÉ MARCOS DA SILVA FILHO Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Pronutário: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /

QPD: DOA e DEFORTINIZANTE EM 40000

HDA: VITIM DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM  
TRAUMA CRUZADO.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: [ ]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 [ ]Hematômesis [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]COMPRESSO DE VOLUME  
[ ]COMPRESSO DE SEGURO E PREVIDÊNCIA

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematuria S/A.  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_ 02 JAN 2019

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fratura, luxação, lesões

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

## **Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

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

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_ [ ] Alimentação \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

#### **Exame Físico:**

Peso: Kg Altura: m IMC = PA= mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Original: \_\_\_\_\_

**ACV:** *Acetyl Coenzyme A*

**AB:** \_\_\_\_\_

ABD:

AGU: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_ COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Resultados do Exames Complementares: **COM REVISÃO DE QUESTÕES E REVISORIA.**

Resultados de Exames Complementares: 02 JAN. 2019

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_ 02 JAN. 2019  
\_\_\_\_\_  
**PROTÓCOLO**

Hipóteses Diagnósticas: EX 4º m/c(6) c/o - DESVIO ROTACIONAL

Condução: internação p/ tratamento crônico.



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José M. S. Filho</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Ricardo R. Chacanovic</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Erburio 40 mm e 0</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>O humor</i>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>Atencionista</i>	
	<b>COMPREV</b> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
	02 JAN. 2019
	<b>PROTOCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>

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		

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Lateral deitado RE

Incisão:

Parte lata do reto Lpos

Achados:

Embolizadas as arterias rectais  
de reto em diâmetro  
grave.

Conduta:

Ser suturados

Fechamento:

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

OBS:

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MÉDICO/CRM


**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 AUTORIZAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULOS

NOME <b>JOSE MARCOS DA SILVA FILHO</b>		
DOC. EMISSOR/CONCESSIONÁRIO DE 281171934 SECC RJ		
CPF 050.157.244-97 DIA EXPEDIÇÃO 23/08/1983		
FUNÇÃO <b>JOSE MARCOS DA SILVA</b>		
GESSILDA SILVA DOS SANTOS		
PERMITIDO PERMITIDA		
VALIDADE 07/05/2018		
VALIDADE 11/07/2018		
VALIDADE 11/07/2018		
OBRIGAÇÕES RAR:		
Assinatura do Portador <i>João Marcos da Silva</i>		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL JOÃO PESSOA, PB		
DATA PRAZO 11/07/2018		
Assinatura do Emissor <i>Anselmo</i> Anselmo Assessoria de Segurança Pública Assessoria de Segurança Pública		
ASSINATURA DO EMISSOR		
PARAÍBA		

PROIBIDO PLASTIFICAR

1656472180





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190008971      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO      **Data do acidente:** 05/08/2018      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190008971      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO      **Data do acidente:** 05/08/2018      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

José Marcos da Silva Filho  
brasileiro(a), estado civil Solteiro profissão  
Saladeiro, CI RG nº 281171934  
CPF/MF nº 050.157.244-97 residente e domiciliado(a) à Rua  
Natalva de Oliveira da Silva, nº 174 ap 102  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba CEP: 58068-115, telefone  
98663-4900, 99105-5363.

**OUTORGADO:** ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José  
C. Duarte, 157, 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 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.

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

João Pessoa, 14 de dezembro de 2018.



José Marcos da Silva Filho

OUTORGANTE

Av. Epitácio Pessoa, 2640  
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba  
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de JOSE  
MARCOS DA SILVA FILHO(119503), Em test. de  
f. João Pessoa-PB 14/12/2018 16:02:48.  
PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto  
Vlr. R\$12,10. Fepj R\$1,99. Farpen R\$0,28. TSS R\$0,47  
Operador: ICARO. Selo Digital: ARX92242-ROX - Consulte  
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001767/19

**Vítima:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

**CPF:** 050.157.244-97

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/08/2018

**Titular do CPF:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE MARCOS DA SILVA FILHO : 050.157.244-97

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](http://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: 02/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001767/19

Número do Sinistro: 3190008971

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

CPF: 050.157.244-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2018

Titular do CPF: JOSE MARCOS DA SILVA  
FILHO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Declaração Circular SUSEP 445/12

## 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](http://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: 09/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

---

ALEXANDRA CESAR DUARTE

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA