



通过以上分析，我们可以得出一个结论：即在对称的条件下，对称的解是唯一的。

CELPE

— 10 —

第1章 从数据到决策：大数据基础

FRANCISCA MARINA CRUZ LITE

888DA1229A017

CPF: 387.988.999-40
CLASSIFICAÇÃO

CDHSTRONGRANITO
GRANITO PIE
50150-000

RESIDENCIAL RESIDENCIAL

2010003713 04/2010

1990-1991

110467319 303420472 836-2004

75.

Consumo Rival (W)
Centro, um Punto Municipal
1200-00000-0000-0000-0000-0000-0000-0000
Muito para arriba AF 064714875-1603019
Justo por 30 300 AF 064714875-1500019

NOTA FISCAL

— 7 —

1300 1300 1300

Comorbidity	Percentage
Hypertension	48.7%
Diabetes	37.8%
Ischemic heart disease	13.3%
Stroke	10.3%
COPD	9.8%
Asthma	8.0%
Chronic kidney disease	7.8%
Malignancy	4.7%
Dementia	3.4%

		Controlling And Uncontrolled	
	George, Mr. (George)	70	31.00
	Transmissions	70	32.21
	Steering Wheel (Steering)	70	19.00
17.00	Pedals (Steering)	70	4.75
2.00	Front Spur Spline	70	3.87
4.00	Front Spur Spline	70	3.87
	Transmissions	70	33.47

年份	产量(万吨)	年份	产量(万吨)	年份	产量(万吨)	年份	产量(万吨)
2000	0.26	2001	0.34	2002	0.48	2003	0.51
2004	0.28	2005	0.30	2006	0.36	2007	0.40
2008	0.22	2009	0.27	2010	0.34	2011	0.38

2016031213 06/2016 34/04/2019 75 97

24/04/2018 75,8 R3880000000 3 76070011003 6 01680931810 3 12848087EEF3 8



24 JUN 2019



24 JUN 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393529 **Cidade:** Aramina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
LEITE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO leve
TRAUMA TORÁCICO FECHADO À ESQUERDA. P13
FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO. P 10,11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM PLEURAL À ESQUERDA; FÉMUR: HASTE INTRAMEDULAR). P4, 5 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
sequelas: ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211882/19

Número do Sinistro: 3190393529

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEIT

CPF: 027.587.024-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE : 027.587.024-36

Autorização de pagamento

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: 09/07/2019
Nome: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE
CPF: 027.587.024-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211882/19

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEIT

CPF: 027.587.024-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE : 027.587.024-36

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: 24/06/2019
Nome: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE
CPF: 027.587.024-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190393529

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

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

Autorização de pagamento 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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393529

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

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, 23 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190393529**

Vítima: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE**

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

Banco: **237**

Agência: **000005788-6**

Conta: **00000011177-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

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: **027.587.024-36** CPF da vítima: **027.587.024-36** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ARENILTON CORDEIRO LEITE**

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

Nome completo: **Francisco Arenilton Cordeiro Leite** CPF: **027.587.024-36**
Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rua da União** Número: **32** Complemento:
Bairro: **Centro** Cidade: **Granito** Estado: **PE** CEP: **56160-000**
E-mail: **(87) 93208-9208**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RÉCUSO 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 OPCIÃO 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: **2130**

CONTA: **34220**

(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):

- 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 discordie 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 recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Quintal 21/06/2019**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

24 JUN 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027-584.024-36 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO ARENILTON CORDEIRO LEITE

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

5 - Nome completo: Francisco Arenilton Cordeiro Leite 027.587.024-36
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua da União 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Granito 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56360-000
 15 - E-mail: (87)9208-8653

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal:
 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) Nome do BANCO: Bradesco

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 299 do Código Penal.

34 - Impresário digital da vítima ou beneficiário (não substituto) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 40 - Local e Data, Olívia 04/07/2019
 Francisco A. C. Leite 09 JUL 2019
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 43 - Assinatura do procurador (se houver)



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

v. 3.0.1

BO/PM TC/PM

SUBTIPO DE OCORRÊNCIA

TRÂNSITO AMBIENTAL OUTROS

DATA DE ELABORAÇÃO:

01/05/2018

CÓDIGO DA OPM:

6200054000

NÚMERO:

201805011220831

ORIGEM DA COMUNICAÇÃO

Hora da Comunicação:

20:54:04

Forma de Solicitação:

VIA SIOPM

Solicitante:

Patrulha R03422

Endereço Fornecido:

RODOVIA SP 330, 439

Município/Estado:

ARAMINA / SP

Telefone para contato:

Não Informado

Bairro:

ARLINDO ALVES DE ALM

Complemento:

Não Informado

Ponto de Referência:

Não Informado

DADOS DA OCORRÊNCIA

Natureza da ocorrência:

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA

Código ocorrência:

L08

Data do fato:

01/05/2018

Unidade de Serviço:

R03422

Dia da Semana:

Terça - Feira

Hora do Fato: Hora Local: Hora Final:

20:20:00

20:47:00

22:54:00

Logradouro (Av, rua, número, etc.):

RODOVIA SP 330, 439

Bairro:

ZONA RURAL

Município:

ARAMINA / SP

Complemento (Andar, Apto, Bloco, Etc):

KM 439,950 SUL

Ponto de referência:

ARAMINA

Outro local relacionado a ocorrência:

Não Informado

Latitude:

0

Longitude:

0

Documentos relacionados ao fato:

CTR:

Não Informado

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

Local:

RODOVIA

Complemento:

Não Informado

Iluminação:

NOITE S/ LUZ ARTIFIC

Tempo:

Bom

Ambiente:

Externo

Preservado:

Não

ANEXOS

TIPO ANEXO

QUANTIDADE ANEXO

<input checked="" type="checkbox"/> QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS	1
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE APREENSÕES	0
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO	1
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA AMBIENTAL	0
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO FOTOGRÁFICO	1
<input type="checkbox"/> AUTO DE INFRAÇÃO AMBIENTAL	0
<input type="checkbox"/> REQUISIÇÃO DE EXAMES PERICIAIS	0
<input type="checkbox"/> NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA (NQc)	0
<input checked="" type="checkbox"/> RELATÓRIO DE AUTORIDADE POLICIAL	1
<input type="checkbox"/> OUTROS	0

TOTAL DE ANEXOS

4



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA
DE TRÂNSITO**

RODOVIÁRIO URBANO

NUMERO:
201805011220831

Nº
1/4

DADOS GERAIS

Via: **RURAL**

Sentido da Via: **SUL**

Velocidade Max. Permitida: **110**

Concessionária: **VIANORTE**

Tipo de Acidente: **COLISÃO FRONTAL**

Número de Veículos Envolvidos:

Número de Passageiros

1 Danificados 0 Sem Danos

0 Evadidos

0 Mortos 0 Feridos

0 Ilesos

Número de Condutores:

Número de Pedestres:

0 Mortos 0 Feridos

1 Ilesos

0 Mortos 0 Feridos

0 Ilesos

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO LOCAL

Via com Pista:
DUPLA

Faixas de Rolamento:
4

Mão de direção: **TRAÇADO DA PISTA:**
ÚNICA RETA

Relevo da Pista:
INCLINADO

Separação Física Central:
SIM, SEM ANTIFUSANTE

Defesa/Barreira:
NÃO

Tipo de Pavimento:
ASFALTO

Condições da Pista:
BOA

Superfície da Pista:
SECA

Obras de Arte:
NÃO HÁ

Condições do(s) Acostamento(s):
BOA

Condições da(s) Calçadas:
NÃO HÁ

Largura: **Não Informado**

Obras na Pista:
NÃO HÁ

Semáforo:
INEXISTENTE

Fumaça:
NÃO

Sinalização Vertical
BOA

Sinalização Horizontal:
BOA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO QUALIFICADO- 1

Condição:
CONDUTOR

Nome Completo:
DIEGO SALVIANO DA SILVA

Uso de Cinto:
SIM

Gravidade das Lesões:
ILESO

Capacete:
Não Informado

Posição no Veículo:
Não Informado

Condições Adversas Alegadas:
VIDE RELATÓRIO

Infração(ões) Constatada(s): **NÃO**

VEÍCULO - 1

Cod. Renavan: **893686433** Placa: **JTG6657** Município: **GOIANIA** UF: **GO** Chassi: **9BD15802764880404**

Espécie/Tipo: **AUTOMÓVEL** Marca/Modelo: **FIAT/UNO MILLE FIRE** Ano Fabricação: **2006** Categoria: **VEICULO** Cor Predominante: **BRANCA**



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA
DE TRÂNSITO**

RODOVIÁRIO URBANO

NÚMERO:
201805011220831

Nº
2/4

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO VEÍCULO - 1

Nome do Proprietário: CPF: 963.325.7311-04

Tipo Carga:

SEM CARGA

Configuração da Carga:

Não Informado

Manobra do Veículo:

CIRCULANDO

Estado Geral do Veículo: Estado dos Pneus:

BOA

BOA

Nº de Passageiros:

Não Informado

Estado das Luzes

BOA

Estado das Luzes Trazeiras:

BOA

Irregularidades:

NÃO HÁ

Extensão da Marca de Frenagem em

0

Infração(ões) Constatada(s):

NÃO

Danos no veículo:

SIM

Classificação de Danos:

PEQUENO

Objeto(s) no Interior do veículo:

NÃO HÁ

Removido Para:

ARAMINA

Removido Por:

CONDUTOR

Meio de Remoção:

RODANDO

Situação

LIBERADO



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA
DE TRÂNSITO**

RODOVIÁRIO URBANO

NÚMERO:
201805011220831

Nº
4/4

CROQUI



AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR:

Posto/Grad: CB PM

Assinatura:

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

REGISTRO FOTOGRÁFICO

NÚMERO

201805011220831

Nº FL:

1/1

FOTOS DA OCORRÊNCIA



(Foto Veículo) JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX



(Foto Veículo) JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX



(Foto Veículo) JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX



(Foto Veículo) JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX

AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR

Data: 01/05/2018

RE: 110002

Posto/Grad: CB PM

Nome de Guerra: GONCALVES

Assinatura:



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

NÚMERO
201805011220831

Nº FL:
1/2

PESSOA FÍSICA

Nº:	Condição:	Nome completo:	RG:	UF:
1	CONDUTOR	DIEGO SALVIANO DA SILVA	5470958	GO
Nome social: Não informado		Pai: ALBERTO SALVIANO CABRAL	Mãe: EUNICE MARIA DA SILVA CABRAL	
Sexo: MASCULINO	Gênero Não informado	Apresenta deficiência: NÃO		
Nacionalidade BRASILEIRA		Naturalidade: JUSSARA	UF: GO	Data de Nascimento: 09/10/1990
Cútis (Pele): BRANCA	Estado civil: CASADO	Profissão: FISCAL	Outro DOC Não informado	Número Não informado
Endereço (av, rua, número, etc): RUA OITO, 1		Complemento (andar, apto, bloco, etc): QUADRA 34 L 6		
Bairro: RESIDENCIAL TRIUNFO		Município: GOIANIRA	UF: GO	CEP: 75370000
Telefone: 62993490747	Email: Não informado			
Nível de instrução: Superior				
CAT da CNH: AB	Número do registro: 04663901970	Validade do exame: 20/11/2018		
Socorrido para: Não informado				
Socorrido por: Não informado				

FUNCIONAL

Dados funcionais não cadastrados



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

NÚMERO

201805011220831

Nº FL:

2/2

VERSÃO DA PESSOA QUALIFICADA

ALEGOU QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO FIAT/UNO PLACAS JTG6657 PELA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO UMA BICICLETA QUE TRANSITAVA NA CONTRAMÃO DE DIREÇÃO COLIDIU FRONTALMENTE COM SEU VEÍCULO.

ASSINATURA

Pessoa qualificada:

Autoridade policial militar:

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

RELATÓRIO AUTORIDADE POLICIAL

NÚMERO

201805011220831

Nº PL:

1/1

DESCRIÇÃO

"O PRESENTE BOPM FOI LAVRADO COM O FIM DE REGISTRAR A OCORRÊNCIA, ABAIXO DESCrita, SENDO AS PARTES QUALIFICADAS E SUAS VERSÕES COLHIDAS NESTE BOLETIM.
AO CHEGAR AO LOCAL DOS FATOS FOI CONSTATADO ATRAVÉS DOS VESTÍGIOS E ALEGAÇÃO DO CONDUTOR DIEGO SALVIANO DA SILVA DO VEÍCULO JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX QUE O CONDUTOR DA BICICLETA CALOI VERMELHA NÚMERO 37516 PA, FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE, TRANSITAVA PELA CONTRAMÃO DE DIREÇÃO NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO COLIDIU FRONTALMENTE COM VEÍCULO JTG6657 - FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX, QUE TRANSITAVA NO SENTIDO SUL DA VIA.
CONDUTOR DA BICICLETA FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE, RG 282696894 SSPCE, PAI FRANCISCO CORDEIRO DA SILVA, MÃE MARIA ALZELITA LEITE DA SILVA, NATURAL DE GRANITO-PE, DATA DE NASCIMENTO 21/05/1978, CASADO, RESIDENTE NA FAZENDA MONTE VÍDEO, BAIRRO ZONA RURAL, MUNICÍPIO ARAMINA, CONTATO 16 991917794, SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA LOCAL, PARA SANTA CASA DE IGARAPAVA.
A BICICLETA FOI REMOVIDA PARA O POSTO ESTORIL, FICANDO A DISPOSIÇÃO DE FAMILIARES QUE ESTAVAM NO LOCAL.
FOI REALIZADA VARIAS TENTATIVAS DE CONTATO NA DELEGACIA DE POLÍCIA DE ARAMINA, ATRAVÉS DOS NÚMEROS 16 981835797, 16 999986499, ESCRIVÃO CIRILO, PORÉM SEM ÉXITO.
REGISTRADO NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA.
NÚMERO DE CONTROLE ESTATÍSTICO 149/340/18.

DESTINO DA OCORRÊNCIA

Juizado Especial Criminal: Não Informado

Delegacia de Polícia: Não Informado

Delegado Compareceu ao Local:

NÃO

Número do BO/PC:

Não Informado

AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR

RE: 110002

Posto/Grad: CB PM

Nome de Guerra: GONCALVES

Assinatura:

COMANDANTE/ OFICIAL RESPONSÁVEL

Providências Complementares:

Despacho:

**ENCAMINHAMENTO DE CÓPIA DE OCORRÊNCIA A DELEGACIA DE POLÍCIA DE ARAMINA POR MOTIVO DE
ACIDENTE COM VITIMA CONFORME A RESOLUÇÃO SSP/SP 057.**

RE: 921329

Posto/Grad: 1. SGT PM

Nome de Guerra: PETERSON

24 JUN 2019



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO
DE DANOS EM VEÍCULOS SINISTRADOS**
(AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETAS E UTILITÁRIOS)

DATA DO FATO	CÓDIGO DA OPM	NUMERO BOLETIM
01/05/2018	620034000	201805011220831

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO AVALIADO E DO AVALIADOR

VEÍCULO (MARCAMODELO)	PLACA	MUNICÍPIO	UF
FIAT/UNO MILLE FIRE FLEX	JTG6657	GOIANIA	GO

CHASSI

9BD15802764880404

OPM	POSTO/GRADUAÇÃO	RE - DC	NOME DO POLICIAL
3.BPRv - 4.Cia PRv	CB PM	110002-5	GONCALVES

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da peça	Avaliação			Item	Nome da peça	Avaliação		
		SIM	NÃO	NA			SIM	NÃO	NA
1	PAINEL CORTA-FOGO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	LONGARINA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	LONGARINA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	ASSOALHO PORTA-MALAS OU CAÇAMBA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	CAIXA DE RODA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	LONGARINA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ESTRUTURA DA SOLEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	CAIXA DE RODA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	AIR BAGS FRONTAIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	ESTRUTURA DA COLUNA TRASEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	AIR BAGS LATERAIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	ESTRUTURA DA SOLEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ESTRUTURA DA COLUNA DIANTEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	ESTRUTURA DA COLUNA CENTRAL DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	ESTRUTURA DA COLUNA CENTRAL ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	ESTRUTURA DA COLUNA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	ESTRUTURA DA COLUNA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	ASSOALHO CENTRAL DIREITO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	CAIXA DE RODA TRASEIRA ESQUERDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	CAIXA DE RODA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	ASSOALHO CENTRAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	LONGARINA DIANTEIRA DIREITA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL GERAL (SIM + NA)							0		

Observações: PARA BRISA, CAPO, FAROL ESQUERDO, PARA LAMAS DIANTEIRO, PARA CHOQUE DIANTEIRO.

AVALIAÇÃO DO DANO:

<input checked="" type="checkbox"/>	Dano de Pequena Monta: quando houver um item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"
<input type="checkbox"/>	Dano de Média Monta: quando houver de 2 a 6 itens assinalados nas colunas "SIM" ou "NA"
<input type="checkbox"/>	Dano de Grande Monta: quando houver mais de 6 itens assinalados nas colunas "SIM" ou "NA"

SIM = Item danificado no acidente / NÃO = item não danificado ou inexistente / NA = item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

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: **027.587.024-36** CPF da vítima: **027.587.024-36** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ARENILTON CORDEIRO LEITE**

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

Nome completo: **Francisco Arenilton Cordeiro Leite** CPF: **027.587.024-36**
Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rua da União** Número: **32** Complemento:
Bairro: **Centro** Cidade: **Granito** Estado: **PE** CEP: **56160-000**
E-mail: **(87) 93208-9208**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RÉCUSO 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 OPCIÃO 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: **2130**

CONTA: **34220**

(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):

- 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 discordie 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 recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Quintal 21/06/2019**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

24 JUN 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Francisco A. C. Leite
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

J. Sampaio
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO AREMILTON CORDEIRO LEITE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05788-6

CONTA: 000000011177-5

Nr. Autenticação

BRADESCO18072019050000000002370578800000011177236250 PAGO