

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Nº Sinistro: 3180366739

Vitima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Data do Acidente: 03/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180366739**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13224892



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE  
Nº Sinistro: 3180366739  
Vitima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE  
Data do Acidente: 03/07/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180366739**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

085.835.964-25

Nome completo da vítima

Francisco Ilmarino de Souza Leite

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Francisco Ilmarino de Souza Leite		CPF titular da conta 085.835.964-25	Profissão Agricultor
Endereço Rua Edgar Gomes		Número 31N	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Aguian	Estado PB	CEP 58.778-000
Email seitas.assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 83 99947752 / 99697881	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

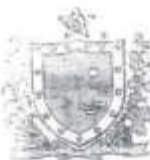
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> <b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Hapiranga 19 de março de 2018.  
Local e Data

x Francisco Ilmarino de Souza Leite  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 808 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 03 / Julho / 2017 . HORAS 11h30min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE, brasileiro, Paraibano, Casado, Motorista, nascido no dia 16.11.90, filho de Ivan Alves Leite e Francisca Xavier de Souza Leite, RG 3.443.807/PB e CPF 085.835.964-25, residente na Rua Edgar Gomes s/n centro Aguiar/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

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

Que no dia e horas acima citadas, circulava pela Rodovia que liga Igaracy à Aguiar/PB, conduzindo a moto HONDA/CG 125 TITAN ES, cor Azul, Ano 2000, Placa MOG6448/PB e chassi 9C2JC3020YR046110, em nome de ALESSANDRO NOBRE SARMENTO e em um trecho desta Rodovia, precisamente em uma curva perdeu o controle da moto, vindo a cair no acostamento, sendo então socorrido por populares para o Hospital Regional Wenceslau Lopes em Piancó/PB.

15 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Itaporanga (PB), 08 / Dezembro / 2017.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues  
ESC. POLICIA / DAT. 07154  
CHEFE DE CARTA

Francisco Irlanio de Souza Leite  
Notificante/Vítima.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Talano de Souza Leite

CPF da Vítima

085.835.964-25

Data do Acidente

03/07/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

sertao.suscria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999471520/99697884

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Itaperanga 19 de Março de 2018

Local e Data

Francisco Talano de Souza Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cnes 1600331 CNPJ: 08.778.268/0031-86

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPIÑO FILHO, 302

CIDADE: PIANCO 58765-000 ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Mae: FRANCISCA XAVIER DE SOUZA LEITE

Pai: IVAN ALVES LEITE

Nascimento: 16/11/1990 Idade: 26 Cor: BRANCA Sexo: M

Profissao: MOTORISTA

Endereco: EDGAR GOMES Num.: S/N

Bairro: CENTRO Fone:

Cidade: AGUIAR - PB - 58776-000 - 2500205

Naturalidade: AGUIAR - PB Identidade: 3443807

CNS: 706-0013-7041-8640 Reg. Nasc.:

CPF: Recepcionista: THAYSA

Data / Hora: 03/07/2017 12:28:06 Ficha Número: 22196 1165

PESO: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_  
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Vit. d. Tona Mart. d. 2d.  
qua de in Pura @.

*P. funkii* Ex Canad J. Microsc.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

## RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/>	01 - ELETIVO
<input type="checkbox"/>	02 - URGÊNCIA
<input type="checkbox"/>	03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
<input type="checkbox"/>	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
<input type="checkbox"/>	05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO
<input type="checkbox"/>	06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSIC

#### PROCEDIMENTO Descrição

PROCEDIMENTO Descrição  
Análise Interveniente  
Imobilização e Alívio

## DIAGNÓSTICO

TRAUMA MATERNAL

— CID-10 —

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO					
<input type="checkbox"/>	1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/>	OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>	RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/>	INTERVALO
<input type="checkbox"/>	2. APLICADA	<input type="checkbox"/>	OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/>	ÓBITO	<input type="checkbox"/>	OUTROS

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMIENTO

1-	0	30	19	6	0	0	4	7
2-	0	30	17	0	0	0	7	7
3-								

D. Jose V. Martinez - FIC-10  
CPA # 588 P8

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polac

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIV

Comprovante de Pagamento  
AG. JOÃO PESSOA  
PROTOCOLADO  
23 ABR 2019  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
COMPREV

O paciente Maria e Rosângela,  
mãe e filha, para o paciente  
levar fiz a orientações que  
tão parte, mas ele disse que  
liberaram que se responsabiliza  
médico Dr. Guilherme.

Maria da Silva F. Souza  
Enfermeira  
COREN-PB 230084  
SUS. 705008298331856



# 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: 06/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.080,00

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

CLIENTE: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000000018506-X

---

Nr. da Autenticação 9165BD3012150BF0

FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE  
RUA EDGAR GOMES, S/N - CENTRO  
AGUIAR / PB CEP: 58778000 (AQ. 144)

Emissão: 15/03/2018 Referência: Mar/2018  
Cidade/Sucesso: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Cndto Redentor, João Pessoa / PB - CEP 58071-490  
Rc. sra. S-148-400-5585 NP medidor: 0008987794

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.086.110/0001-40 Insc. Est. 16.015.023.0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 03 580 018  
Cód. para Ddd. Automático: 000 16260721

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Mar / 2018 15/03/2018 16/04/2018 8583596425  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1626072-1

Canal de contato

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
• Furto de energia é crime e é punido. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz. O furto prejudica a qualidade do fornecimento pois causa queda de energia, queima de equipamentos e até incêndios.  
• Chame os vizinhos e amigos e entre no comitê de prevenção: transmissor de dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
14/02/18	2288	15/03/18	2494	1	198	29	
Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. Icms (R\$)	Base Calc. Fp (R\$)	Cofins (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS Pto/Consumo (R\$)	(0,6777%) (0,1214%)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,344540	7,34	7,34	0,04	0,22
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,418800	29,32	29,32	0,20	0,82
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	98,000	0,528940	51,72	51,72	0,42	1,93
0610	Subsídio			43,28	43,28	-0,29	-1,94
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA			12,34	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 03/2018			0,35	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 02/2018			3,51	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018			0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-26,80	0,00	0,00	-1,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 129,59 141,21 38,20 141,51 0,65 4,61

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO  
22/03/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 126,93

Histórico de Consumo (kWh)

119 | 102 | 100 | 329 | 330 | 244 | 212 | 242 | 228 | 296 | 221 | 218  
Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18

RESERVADO PARA O

67ca.18c7.aa96.6ae7.2436.0cdd.f648.3958.

Indicadores de Qualidade

1/2018 - Período

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,87	1,44	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,74		
DIC ANUAL	27,48		
FIC MENSAL	3,87	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 232
FIC TRIMESTRAL	7,26		
FIC ANUAL	14,72		
DVC	3,97	1,44	
DICA	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Perigo de Qtd. de Energia PB	20,00	20,00
Comp. de Energia	30,00	30,00
Grupo de Transmissão	4,00	4,00
Encargos Setoriais	4,00	4,00
Impostos Diretos e Encargos	58,75	58,75
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	126,93	100,00

Valor da EUSD (Ref. 1/2018) R\$ 41,12

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, já renúciados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 60 (sessenta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,00.

Faturas em atraso

Jul/17 5985,21

PROTÓCOLO  
5/1626072-1  
22/03/2018

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
RUA MANOEL PEREIRA CAIA, 56 - CENTRO  
ITAPORANDA / PB CEP: 58780000 (AG: 154)

Emissão: 09/02/2018 Referência: Fev / 2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, Km 26 - Cidade Realente - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3080 Nº medidor: 00006005001 CNPJ: 09.095.100/0001-40 - Ins. Est. 10.015.625-0

Nota Fiscal / Corte de Energia Elétrica (NFE): 987.506  
Cód. para Dat. Automático: 00000276634

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Fev / 2018	09/02/2018	14/03/2018	3924706409 Ins. Est.

**UC (Unidade Consumidora):** **5/27663-4**

#### Canal de contato

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. De um banho de segurança.  
- Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/01/18	8894	09/02/18	9689	1	79	26

Demonstrativo							
CC - Detecção		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cob. Adic.	Valor (R\$)	Valor (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		KMS (R\$)		Fio/Cabo (R\$)	
						(1,1292%) (5,1394%)	
0801	Consumo em kWh	79,000	0,720230	54,31	54,31	25	13,93
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA	0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 01/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

AG. JOÃO PESSOA  
PROTÓCOLO  
16.198.2711

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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 Wilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Ilanias de Souza Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.835.964 / 25 do sinistro de DPVAT cobertura semelhante da Vítima Francisco Ilanias de Souza Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.835.964 / 25 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 Líder-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>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Base</u>
Beiro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>53.780-000</u>
Email <u>sertas.assessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978877</u>

Itaperanga de Março de 2018  
Local e Data

Wilson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante

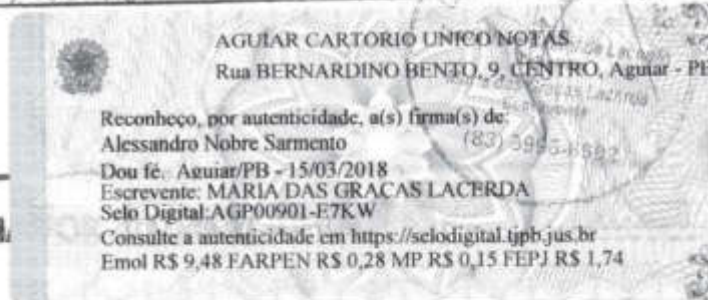
## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Eu, Alexandro Nobre Sarmiento  
RG nº 4.517.695, data da expedição 07/12/2017, órgão SSDS PB  
Portador do CPF nº 343.448.768-90, com domicílio na cidade de Aguiar, estado de Paraíba  
Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua São Francisco  
nº SIN, complemento São Francisco, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a  
vítima: Francisco Idalino de Souza Leite, cujo  
condutor era: o mesmo  
Veículo: Moto  
Modelo: Honda/CG 125 Titan ES  
Ano: 2000  
Placa: MOG 6448/PB  
Chassi: 9C25C3020YR046110  
Data do Acidente: 03/07/2017

Local e Data: Taporanga/PB, 15/Março/2018

Alexandro Nobre Sarmiento

**Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRM)**



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

303



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000

MUNICÍPIO: PIANÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Francisco Iguari d. S. Jr IDADE: 26 A

PROFISSÃO: Médico Documento:

ENDEREÇO: EDGAR GOMES BAIRRO: CENTRO CEP:

MUNICÍPIO: ARAUÁ ESTADO: UF:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: CNS:

DATA DO NASCIMENTO: DATA DO ATENDIMENTO: 03/11/14

CARÁTER DO ATENDIMENTO: RAÇA/COR: SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

Guarima, Matheus

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Px M. D

Px Puroto C

AG. PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA  
16 ABR 2015


CID - 10

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Dr. Francisco T. L. L.

Dr. João — 0114  
João 0114 12112C

09107112

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7519

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

13 ABR 2017  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

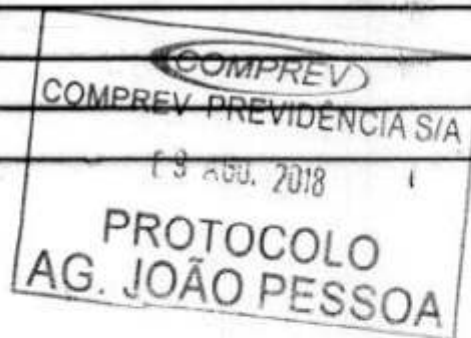


15.49M.210  
PROTOCOLO  
AG JOÃO PESSOA

# Relatório Médico

Dr Wryell Gomes Muniz

Francisco Talles de Souza Leite  
vítima de acidente automobilístico no dia  
03/07/17 com fratura do 5º metacarpo  
de mão direita e ferimento corto contuso  
de mão esquerda. Teve mão direita  
imobilizada por 92 dias. Realizou 04 sessões  
de Fisioterapia e sutura em mão esquerda.  
Teve com o sequelas em mão direita  
abandono importante em nível de fratura  
e por alteração do eixo da mão. Apresenta  
com o sequelas em mão esquerda atrofie  
muscular com perda de movimento em  
suos dedos e punho direito. Atende-me  
a partir desta data.



Data 03/08/18

Itaporanga-PB

ASS: \_\_\_\_\_

Dr. Wryell Gomes Muniz  
Médico  
CRM-PB 11400

Dr. Wryell Gomes Muniz  
Médico  
CRM-PB 11400

16 ABR 2000  
PROCOLO  
AG. JOAO PESSOA

 <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		 <b>PE</b>
NOME <b>EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS</b>		
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF <b>5452161 SSP PE</b>	
	CPF <b>039.247.064-09</b>	DATA NASCIMENTO <b>13/04/1978</b>
	FILIAÇÃO <b>ADELSON DOS SANTOS</b> <b>ODETE RODRIGUES DA SILVA</b>	
	PERMISSÃO 	ADC. 
Nº REGISTRO <b>04119219971</b>	VALIDADE <b>30/06/2022</b>	1ª HABILITAÇÃO <b>14/06/2007</b>
OBSERVAÇÕES <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>		
<div style="text-align: center;">           REPRESENTAÇÃO DO PORTADOR       </div>		
LOCAL <b>SERRA TALHADA, PE</b>	DATA EMISSÃO <b>21/06/2017</b>	
<div style="text-align: center;">           Carlos Antônio Sousa Ribeiro          Diretor Presidente       </div>		32564580707 PRO79781306
ASSINATURA DO EMISSOR <div style="text-align: center;">  <b>PERNAMBUCO</b>  </div>		

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1424948517**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1424948517**

16 ABR 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
Nº 013813653420  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA CDO REG/PRT 20171700007169-5  
1 0076031491-8 00/00000000 2017

ALESSANDRO NOBRE SARMENTO

34344876890

MOC6448/PB

NOVO

PB

9C2JC3020YR046110

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN ES

2000 2000

2 P/124 /CI

PARTIC

AZUL

IPVA PAGO EM 00/00/0000

A \*\*\*\*\*

0

3º

SEGURO P A G O 07/12/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

AGUIAR-PB

LOCAL

DATA

19267

31054

PB Nº 013813653420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 34344876890

MOC6448/PB

00760314918

HONDA/CG 125 TITAN ES

2000

9

9C2JC3020YR046110

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04

31054-0909274-20171222

SET-2017

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
13.12.2017

**A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT:**

Eu Francisco Helamio de Sousa Leite, SINISTRO de nº 3180170796  
inscrito no CPF de nº 085.835.964-25, venho respeitosamente a vossa  
senhoria solicitar o seguinte:

A priori Informo a Seguradora Líder que não posso aceitar o indeferimento da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

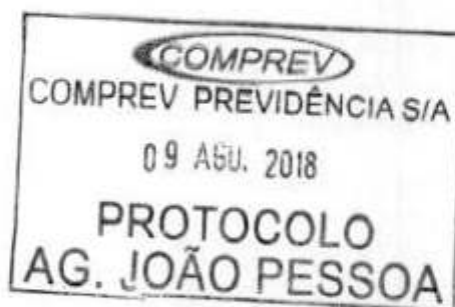
Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

Itaporanga/PB 09 de 08 de 2018.



Helton Rodriguez Dos Santos  
PROCURADOR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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 residual - 17,5 %	3,5%	R\$ 472,50
		<b>Total</b>	<b>3,5 %</b>	<b>R\$ 472,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	2%	R\$ 270,00
Total			9 %	R\$ 1.215,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 04/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			8 %	R\$ 1.080,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 04/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			8 %	R\$ 1.080,00