
Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE**

Nº Sinistro: **3180157039**

Vitima: **JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE**

Data do Acidente: **19/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180157039**.

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



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE**

Sinistro: **3180157039**

Vítima: **JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE**

Data do Acidente: **19/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180157039** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta nº 12852436

A/C: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180157039 ASL-0123426/18
Vitima: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE
Data Acidente: 19/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Carta nº 12934681

A/C: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180157039 ASL-0123426/18
Vitima: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE
Data Acidente: 19/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta n°: 12993017

A/C: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Nº Sinistro: 3180157039
Vitima: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE
Data do Acidente: 19/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000104669-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 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**. A conta 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

Nome completo da vítima

058.643.064-32

Alexandre de Melo Tira

01 ABR. 2018

Foto 2621

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Alexandre de Melo Tira		CPF titular da conta	058.643.064-32	Profissão	Decorador
Endereço	Rua Jere Tonare		Número	684	Complemento	
Bairro	Gus das Amoras	Cidade	Estado	PB	CEP	58085-430
Email	nobre_dpvt@gmail.com		Telefone (DDD)	(81) 98888-0109		

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"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0086		0000069667	5

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir) (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.

Janeiro de 2018

Local e Data

Alexandre de Melo Tira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00596.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00596.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:10 horas do dia 27 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Rodrigo Pereira Leite**, CPF nº 014.087.404-60, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho(a) de Maria das Dores Pereira dos Santos e Francisco Leite da Silva, natural de Aratuna/PB, nascido(a) em 02/11/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmundo Filho, Nº 238, bairro São José, tendo como ponto de referência Perto do Mercadinho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99398-1430.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Rabo do Pavão, Perto do Rio da Geladeira, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 19/11/17 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

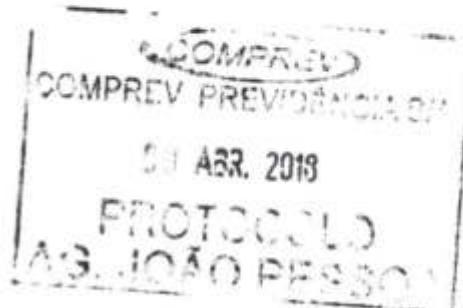
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD, PRETA, 2012/2012, PLACA MOW3892/PB, CHASSI 9C2KD0540CR527081, registrada em nome de JOSELI BORGES DA SILVA, quando perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0254/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 09.02.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) em veículo particular; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 27 de março de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

JOSÉ RODRIGO PEREIRA LEITE
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 interditada 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 Jose Rodrigo Deira Te CPF da Vítima 064.087.404-60 Data do Acidente 19/11/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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.

RESOLUÇÃO N.º 001/2013
COMPREV - COMPRA-VENTA
REVISTA CONCORDÂNCIA COM A FUTURA AVAILAÇÃO
09 ABR. 2013
PROTÓCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 28 de Março de 2018
Local e Data

Local & State

* José Roberto Pinho Lobo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato Declaratório

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: 79103 Atd: Nao Regu
Data: 19/11/2017
Hora: 16:33:46
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE Num. Prontuario: 2017.11.002745
CNS: 203441029760008 Sexo: M IDENTIDADE: 4086698 Fone: 93981430
Natural: ARARUNA/PB Data Nasc.: 02/11/1994 Id: 23 ano(s)
End.: RUA PROJETADA,00
Bairro: POUSADA DO CONDE Cidade: CONDE UF :PB
Mae: MARIA DAS DORES PEREIRA DOS SANTOS Pai: FRANCISCO LEITE DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resm.: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE
T / Doc. Responsavel: 93981430 / IDENTIDADE: 4086698
Pdencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 15:30
Vitima de violência por: NO RABO DO PAVAO CONDE
| | Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Cir. Abd:	O2S:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	
<input checked="" type="checkbox"/> a Principal		Observacao	
QUEDA DE MOTO.		COMPROV	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico | *doença* | Conduta

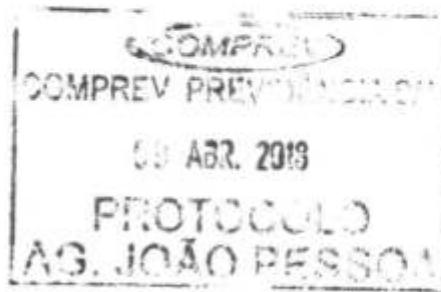
Prescrição **B** **Horário da medicação:**

DR. M. GELD - CPT: USMC 2000-2001
UNIVERSITY OF TRAUMATOLOGY

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

José Vitor Borges Lobo
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: 15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 00000104669-6

Nr. da Autenticação A2B4BE2306386CD3

MARIA LUCIA MIRANDA LINS
RUA JOAO BATISTA CARVALHO MOURA, 375 / AP 201 - JD CIO UNIV
JOAO PESSOA / PB CEP: 58052-160 (AG: 11)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B/200 km/25 - Crédito Redentor: João Pessoa / PB - CEP 58071-820
Referencia: Ago / 2017 CAP.JD9 095.183/0001-40 - Inc. Est: 16.015.825-0
IM medidor 00001087666 Emissao: 10/08/2017

Neto Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°002 273 966
Código para Débito Automático: 00000065812

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2017	10/08/2017	11/09/2017	39636615420 Incl. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/806587-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 10/07/17	Leratura: 23594	Data: 10/08/17	Leratura: 23721	127

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. Icom (R\$)	Base Calc. Pe (R\$)	Cham (R\$)
0801	Consumo em kWh	127.000	0,643700	81.79	81.79	27	27
0801	Adc. B. Amarela		2,84	7,54	27	0,68	2,64
0801	Adc. B. Vermelha		1,82	1,82	27	0,42	0,62

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	3,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 08/2017	1,21	0,05	0	0,00	0,00	0,02	0,00
0805 MULTA 08/2017	1,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL: 82,50 88,12 23,24 88,32 0,83 1,65

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

17/08/2017

R\$ 92,50

Histórico de Consumo (kWh)

126		127		148		133		158		159		204		280		213		208		218		186
JUL/17	JUN/17	MAY/17	ABR/17	MAR/17	FEB/17	JAN/17	DEZ/16	NOV/16	OCT/16	SEPT/16	AGO/16											

RESERVADO AO FISCO

8124.c5ba.2d57.c623.44ba.ffaf.6339.6946.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	10,19	0,00	
DIC TRIMESTRAL	10,38		NOMINAL
DIG ANUAL	20,17		
PG MENSAL	3,20	0,00	
PG TRIMESTRAL	8,66		CONTRATADA
PG ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR
DMC	2,84	0,00	231
DNC	12,22		LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Def. de Energia/PB	20,94	22,84
Compra de Energia	28,26	30,26
Serviço de Transmissão	1,44	1,58
Encargos Sistêmicos	7,45	8,15
Impostos Diretos e Encargos	34,31	37,09
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	82,60	100,00

Valor do EUZO (Ref 6/2017) R\$29,45

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima referenciada(s), permaneça(a) atrasada, o fornecimento poderá ser suspenso a partir do dia 25/08/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina o passivo de débitos salvo se autorizado, informando assim o encarregado de cobrança que a(s) fatura(s) não estejam em nome da unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento total da fatura(s) acima, desconsidere essa transação. Fatura sujeita a multa em 10% se não paga no prazo de 10 dias a partir da data de vencimento.

- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

17/08/2017 - 80,62

PARAIBA
RODRIGO A. - 80 - 4380
Matrícula: 808587-2017-0017

VENCIMENTO
17/08/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 92,50

83810000000-6 92500149000-0 08065872017-4 08700050019-6



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguro-via de carta.

Política para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica: N° 002.804.308



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 24 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 5001-240
CNPJ 05.091.182/0001-40 - Insc Est. 11.111.211-0

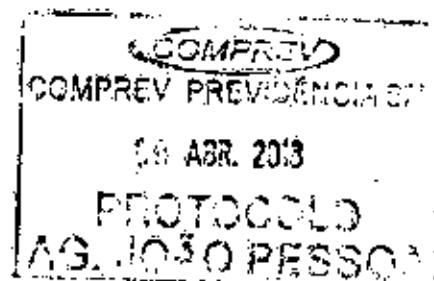
DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
DANÍCIO DE ARAÚJO NOBRE LEITE RUA FRANCISCO LEOGACIO RIBEIRO COELHO, 2011 B CADEPEBOA, 5001-240		5/10823144		
DATA REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2018	23/02/2018	183	02/03/2018	R\$ 378,30
Acesse: www.energisa.com.br				

Energisa
100% da sua eletricidade

VENCIMENTO: 02/03/2018 | TOTAL A PAGAR: R\$ 378,30 | MTRICULADA: 002.804.308

DANÍCIO DE ARAÚJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOGACIO RIBEIRO COELHO, 2011 B
CADEPEBOA, 5001-240

5/108231440003-B/9300148000-5/1082314201B-4/02000060192





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 estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29686>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Welton da Cunha Reis inscrito (a) no CPF 569.951.994-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandre de Melo Ziria inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.441.064-89, do sinistro de DPVAT cobertura Impedimento da Vítima Alexandre de Melo Ziria, inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.441.064-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:
Revisor.

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 João Batista Carvalho Moura</u>		Número	<u>345</u>	Complemento	<u>AP 001</u>	
Bairro	<u>JD São Luiz</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>59002-100</u>
Email	<u>welton.dpvat@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 99100-3604</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99811-5088</u>		

João Pessoa, 09 de Abril de 2018
Local e Data.

Welton da Cunha Reis
Assinatura do Declarante



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, 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 falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Henrique Reite inscrito (a) no CPF 003.462.164 / 31 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Isabel Portujo Henrique Reite inscrito (a) no CPF sob o N° 014.084.404 / 60 do sinistro de DPVAT cobertura Anual da Vítima Isabel Portujo Henrique Reite, inscrito (a) no CPF sob o N° 014.084.404 / 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: R\$ 1.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:
Revisor

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	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Francisco Valadão Aluino Fontes</u>	<u>Bessa</u>	<u>Jacó Beira</u>	<u>208</u>	<u>51108</u>
			<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
			<u>PB</u>	<u>58036-450</u>

Walke.DPVL@outlook.com.br (83)99110-5604 (83)99811-5088

João Pessoa, 28 de Março de 2018
Local e Data

Guilherme Henrique Reite
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joseli Borges da Silva, RG 3658.1991,
nº 3658.1991 data da expedição 20/05/2008,
órgão SSP/PB, portador do CPF nº 110.608.899-80,
com domicílio na cidade de Alhandra, no estado
de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Santa Rosa, nº 9N,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da
lei que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data
do acidente ocorrido com a vítima João Rodrigo Ferreira Leite, cujo
o condutor era João Rodrigo Ferreira Leite.

Veículo: Foto motocicleta Honda Biz

Modelo: Honda / UX R150 Branca ESD

Ano: 2012/2012

Placa: MOW 38991PB

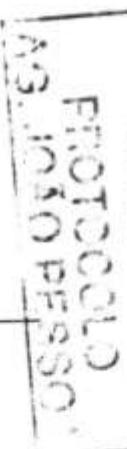
Chassi: AC2KD00540CR527081

Data do acidente: 19/03/2017

Local e Data: João Pessoa, PB 02/maio/2018

COMPREV PREVISÃO 2018

ABR 2018



CARTÓRIO DE
MATA REDONDA

Joseli Borges da Silva

Assinatura do Declarante



Assinatura do condutor *

Luanna Ferreira Mendes Lira não é vítima reclamante do sinistro

CARTÓRIO RCPN DE MATA REDONDA

Rua Fco. José da Costa, S/N, Mata Redonda, Alhandra - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSELI BORGES DA SILVA

Dou fé: Alhandra/PB - 28/03/2018

Substituta: Luanna Ferreira Mendes Lira

Selo Digital: AGI95701-OTW

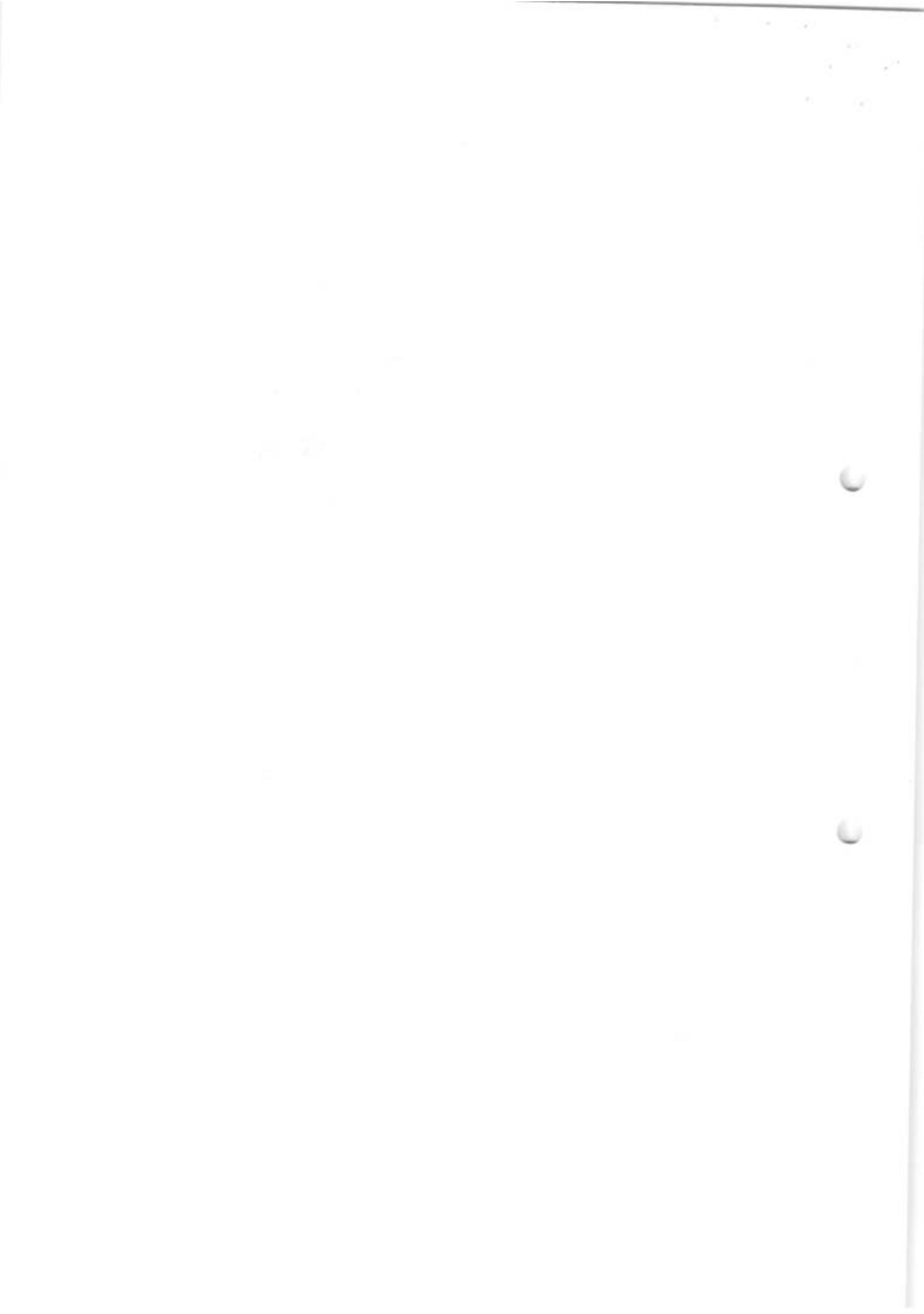
Consulta a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,10 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,00 FEPJ R\$ 2,27



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 23 ANOS	SEXO MASCULINO	COR	CLÍNICA ORTOPEDIA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 19/11/2017		DATA DE ALTA 23/11/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE TORNOZELO E					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O MESMO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS SEM OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES CLÍNICA + EXAMES DE IMGEM					
PROCEDIMENTO REALIZADO: RAFI COM PLACA 3,5					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA COM RAFI, EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS SISTEMICAS OU ORTOPÉDICAS. EXAME NEUROVASCULAR NA ALTA SEM ALTERAÇÕES. PACIENTE DEVIDAMENTE ORIENADO SOB SEU TRATAMENTO POSTERIOR A CIRURGIA E A NECESSIDADE DE SEGUIMENTO REGULAR CONFORME CONSULTAS PREVIAMENTE AGENDADAS					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: GERAL SEM RESTRIÇÕES OU CONFORME RESTRIÇÕES PREVIA DE PATOLOGIAS CLÍNICAS.					
REPOUSO:	Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 45 dias.				
	Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA : Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorre febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar de Mangabeira.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do DR HEISENBERG ALMEIDA em 15 dias para revisão.				
24/11/2017			DATA _____ ASS. MÉDICO / CRM _____		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





CERTIDÃO

Nº. 0254/2018

Atendendo solicitação de **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº79103 e prontuário Nº 2017.11.2745. Pertencente a **JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE** que foi atendido dia 19/11/2017 às 16H33min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado cirurgia dia 23/11/2017 e alta médica dia 24/11/2017.

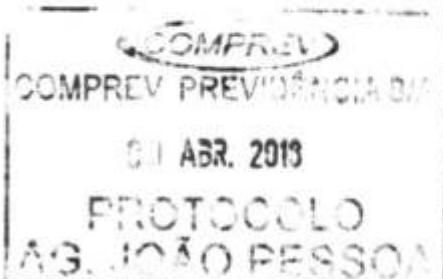
E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde,

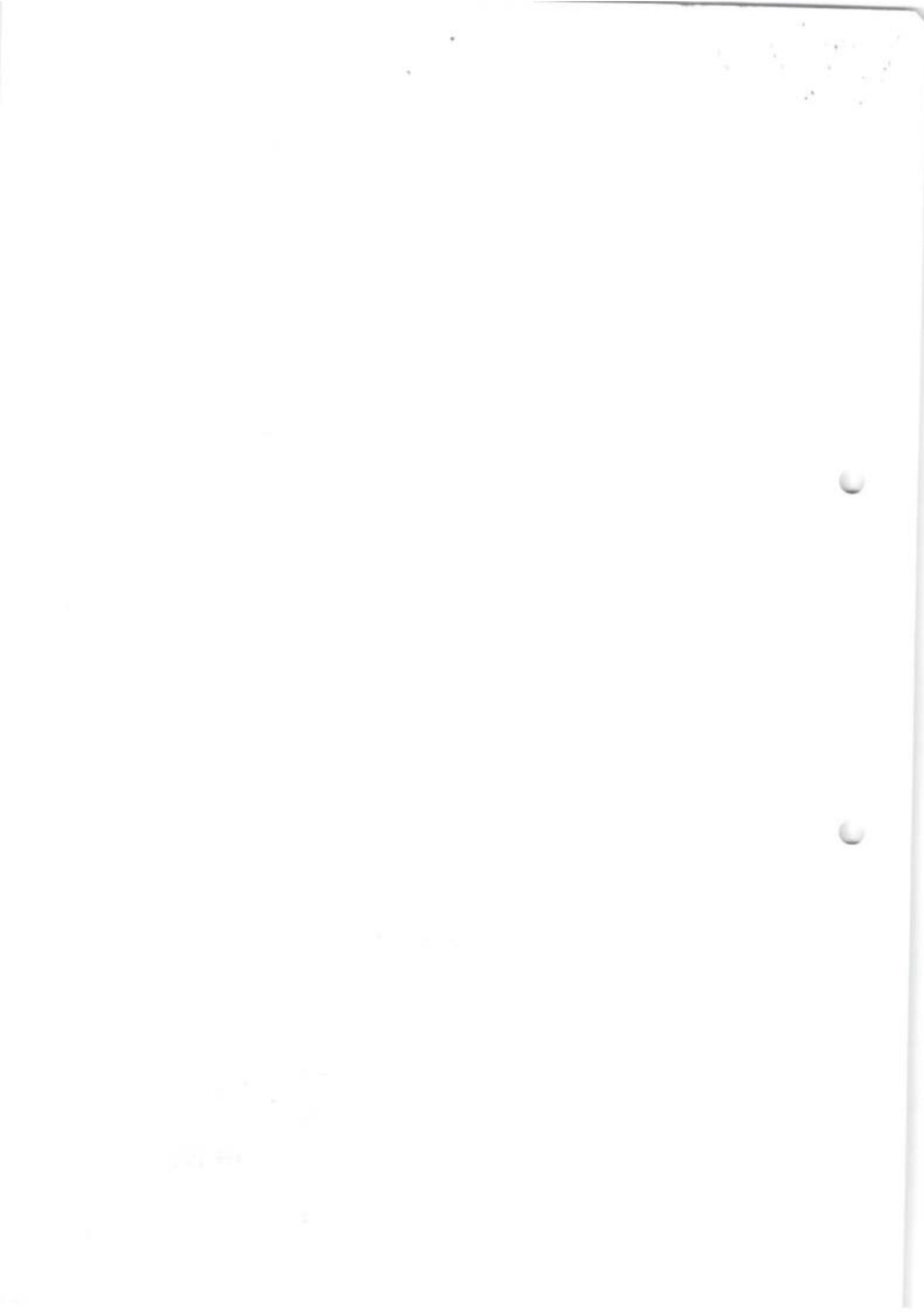
ato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de fevereiro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





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

Ficha Nr: 79103 Atd: Nao Regul
Data: 19/11/2017
Hora: 16:33:46
Receppcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE Num. Prontuario: 2017.11.002745
CNS: 203441029760008 Sexo: M IDENTIDADE: 4086698 Fone: 93981430
Natural: ARARUNA/PB Data Nasc.: 02/11/1994 Id: 23 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00
Bairro: PÔUSADA DO CONDE Cidade: CONDE UF :PB
Mae: MARIA DAS DORES PEREIRA DOS SANTOS Pai: FRANCISCO LEITE DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMAÇÕES DE ENTRADA

ESCOLARIDADE:

Rev.: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Doc. Responsável: 93981430 / IDENTIDADE: 4086698

Plazas de dependencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 15:30

Vitima de violência por: NO BABO DO PAVAO CONDE

1.1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Cint. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado

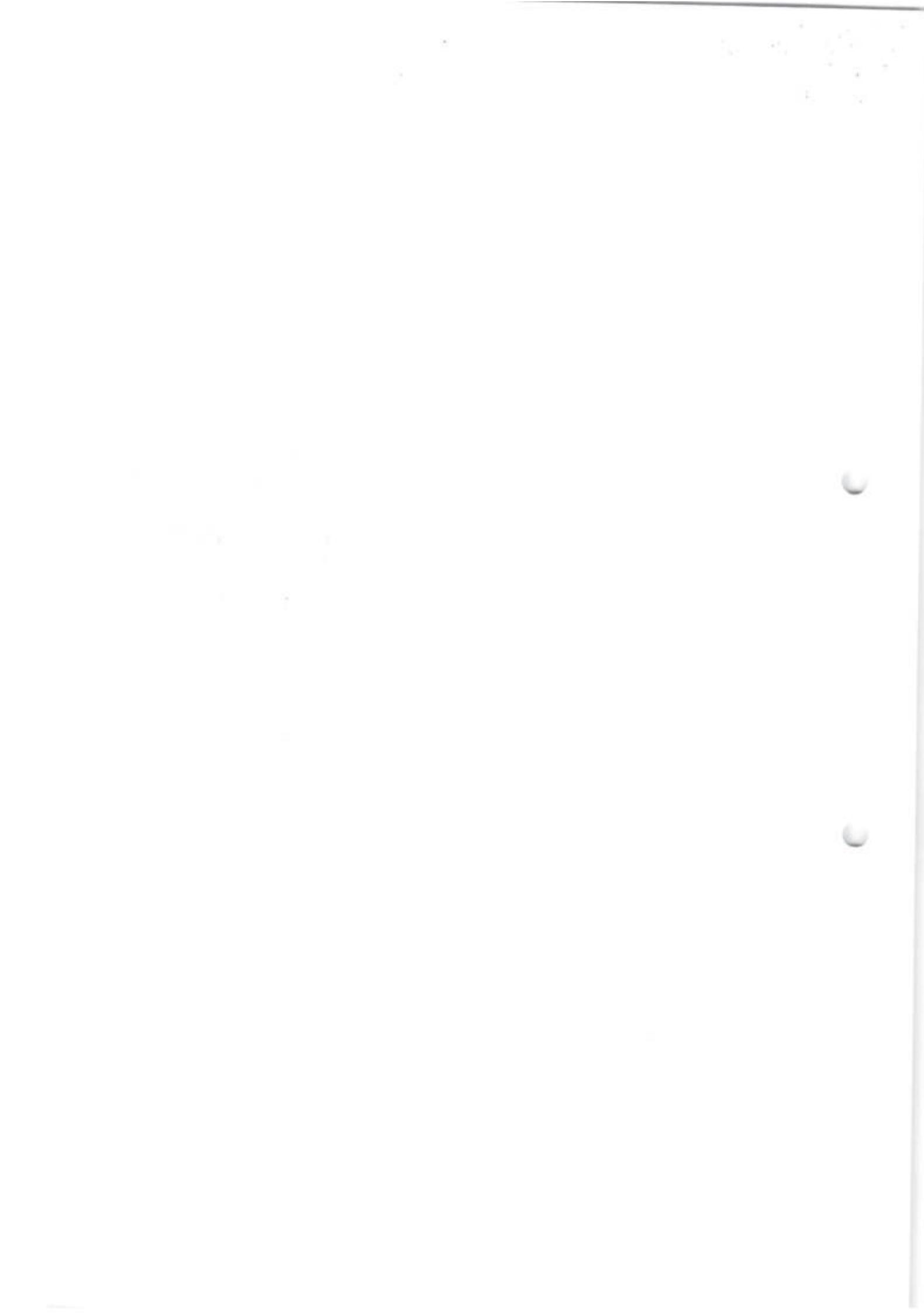
— Principal

OUTLET DE MOTO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

plaghost.lgo | 1 - 1 - 1 | Conduta

Intem' p' Ch | Ho



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382				
383				
384				
385				
386				
387				
388				
389				
390</td				





Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias:

Cirurgias: _____ [] HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

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

Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dipidemias

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral:

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Ganglios:

Pele: Esplaining am wahr ist jetzt

ACV:

AR: _____

ABD: COMPREHENSIVE DILATION

AB3, 2013

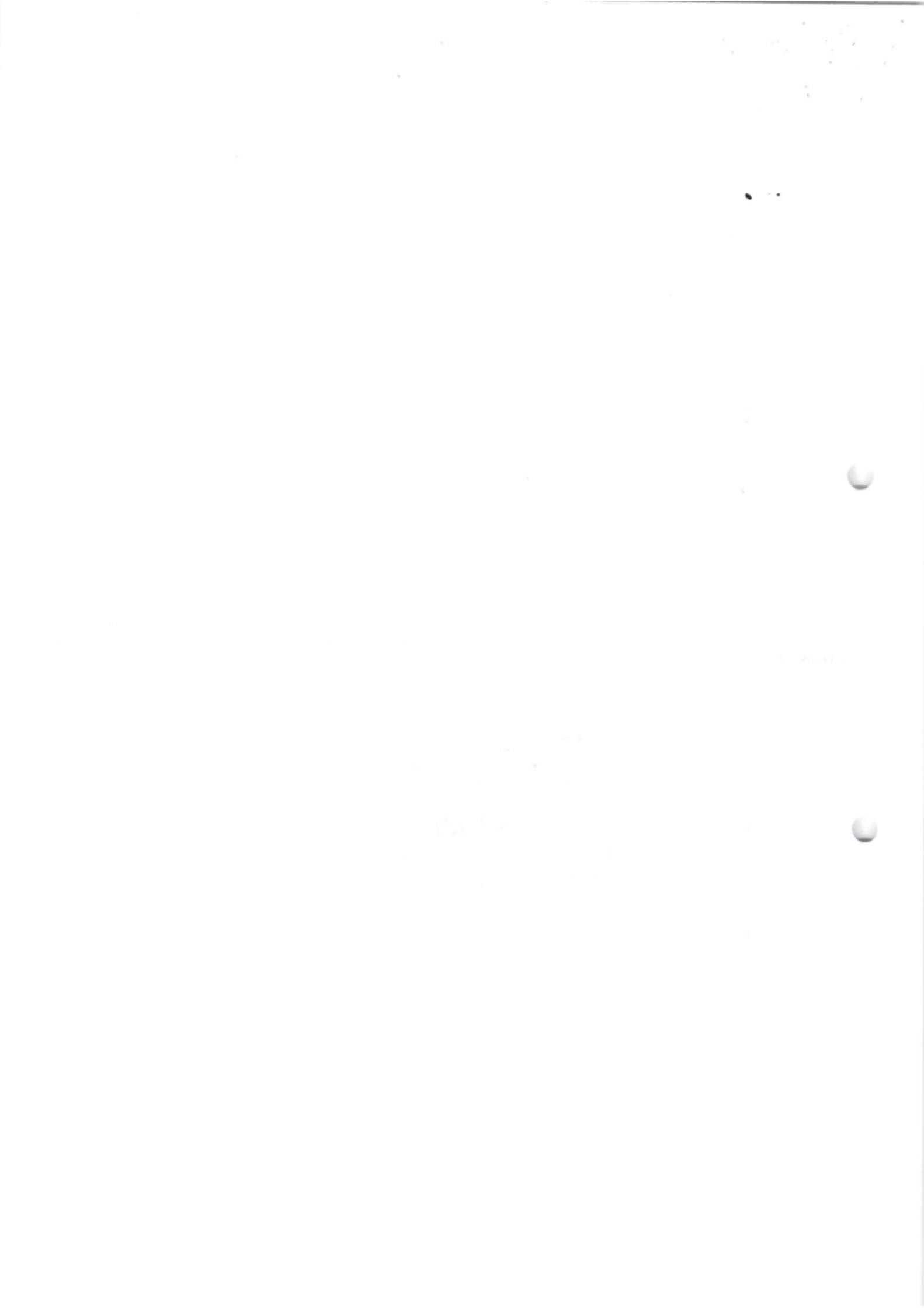
SME: EUROPEAN UNION

Revised by: [Signature] Date: [Signature]

Hipóteses Diagnósticas:

Condução: Edson - Passeio: Paulo - Mandado: Ortac

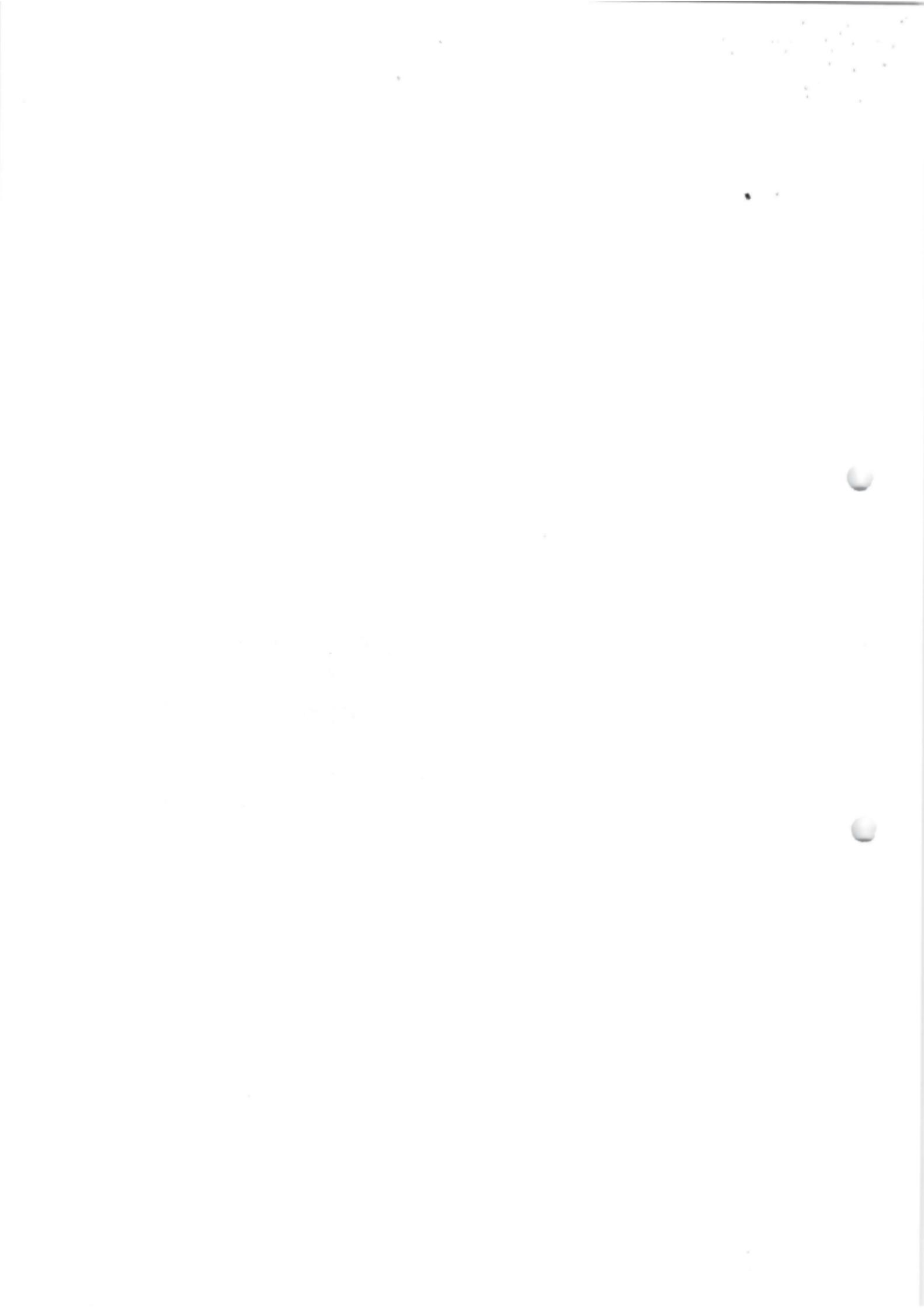
Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 TEOT 14247





RELATÓRIO DE CIRURGIA

PACIENTE: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE				REGISTRO:	
IDADE: 23 ANOS	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA:	LEITO:
DATA: 23/11/2017	CIRURGIÃO: DR HEISENBERG ALMEIDA			1º AUXILIAR DR THALLES	
2º AUXILIAR DR MICAEL	3º ASSISTENTE: DR			INSTRUMENTADOR: ---	
ANESTESISTA: DRA MAIRA	TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA			HORÁRIO: Início:	Término:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
RATURA DE TORNOZELO E					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O MESMO				<i>COMPREV</i> <i>COMPREV PREVIMENTUM CID</i> <i>01 ABR. 2013</i> <i>PROTÓCOLO</i> <i>AG. JOÃO PEREIRA</i>	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
.EDUÇAÔ E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 7 F					
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: 1 () Sim 2 (X) Não			DESCREVA: <i>ATLÉS</i>		
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:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

Incisão:

INCISÃO LATERAL NO TORNOZELO E

DISSECÇÃO POR PLANOS

Achados:

FRATURA DESVIADA DE MALEOLO LATERAL

Conduta:

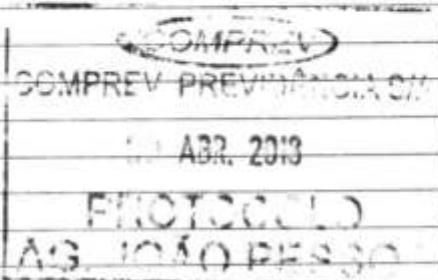
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 7F + INTERFRAGMENTAR SOB TV

RX CONTROLE

SUTURA POR PLANOS INVERSOS

CURATIVO

TALA BOTA



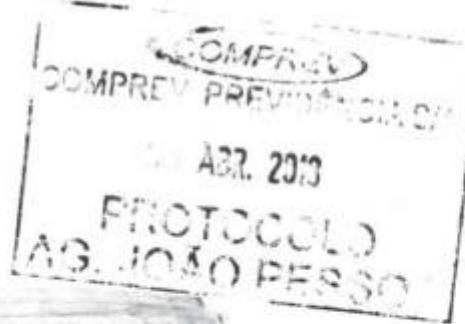
Fechamento:

OBS:

Data: 23/11/2017

MÉDICO/CRM

A large, handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized "J". It is positioned below the date and the "MÉDICO/CRM" text.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

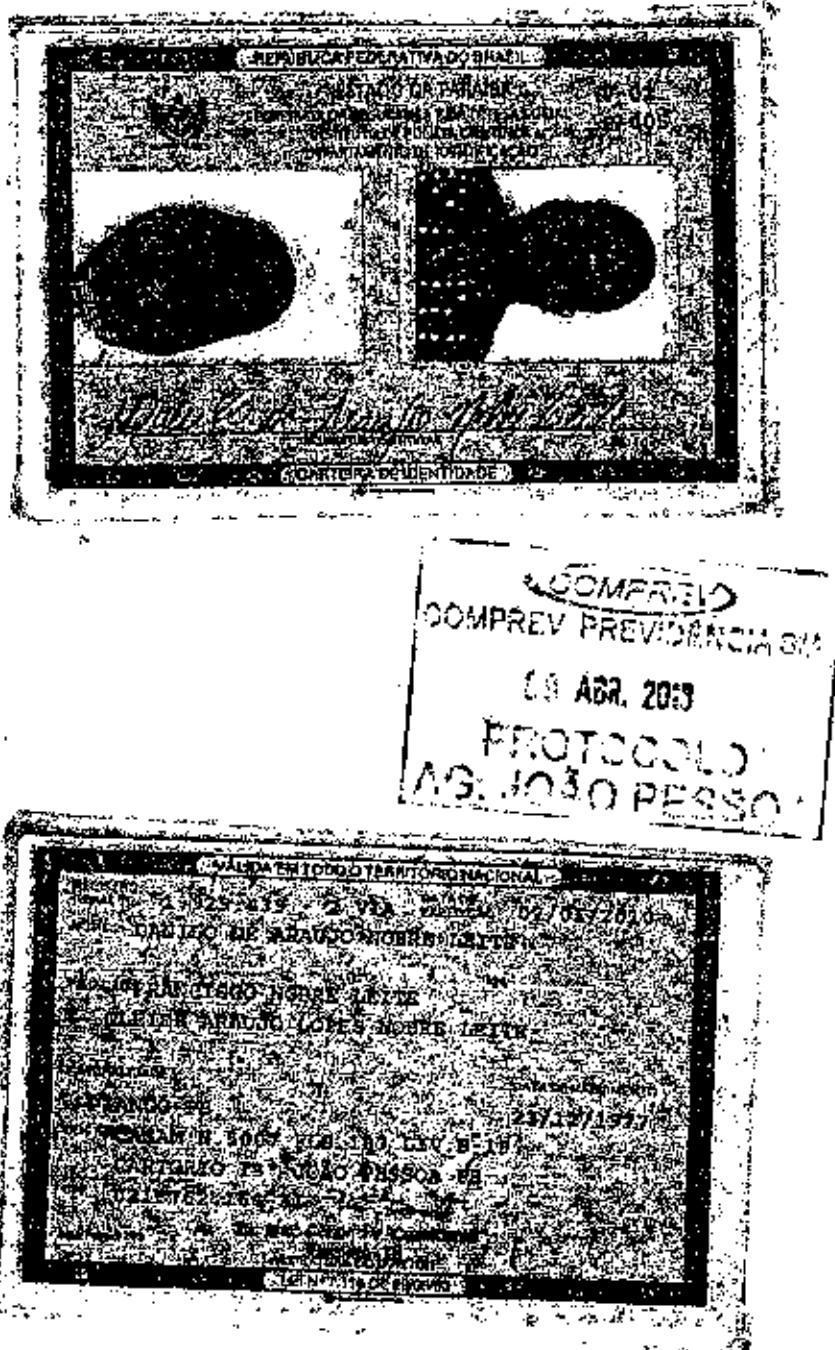
NOME: WEBER DA CUNHA REGO
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 1207482 SSP PB
CM: 569.951.994-72 **DATA NASCIMENTO:** 01/03/1968
Pai/mãe: VICENTE DA CUNHA REGO
Mãe: JOSEFA SOARES DA CUNHA REGO
PERMÍTIDO: ACC **CAIXA:** B
Nº REGISTRO: 02849644421 **VALIDADE:** 12/12/2018 **1ª HABILITAÇÃO:** 21/01/1998

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
881588025

ASSINATURA DO PORTADOR:
Weber da Cunha Rego
LOCAL: JOÃO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO:** 12/12/2013
ASSINATURA DO EMISSOR:
Rodrigo Carvalho **06085645137**
PB027623637

DETRAN PB (PAREIBA)





PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157039 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM TORNOZELO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR
médico pericial: E DORSAL EM 50%

Resultados terapêuticos: CIRURGIA EM 23-11-2017 E ALTA EM 24-11-2017
FEZ FISIOTERAPIA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

051.087.409-60

Nome completo da vítima

José Rodrigo Perera Zete

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Name completo	José Rodrigo Perera Zete		CPF titular da conta	051.087.409-60	Profissão
Endereço	rua Projeta		Número	S/N	Complemento
Bairro	Set. Sta. Maria	Cidade	Estado	PB	CEP
Email	Nobu.apbt@gmail.com		Telefone (DDD)	83) 99100-0607	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

Nº: 1033 D/V
(Informar dígito se existir)

Nº: 304669 6 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTAS CORRENTE (NÚM. NOS BANCOS)

BANCO	Nome	Nº
AGÊNCIA	Nº	D/V
AGÊNCIA	Nº	D/V

12 JUN. 2018
PROVIMENTO S/A
12 JUN. 2018
CONTAS N/R
12 JUN. 2018
D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

José Perera 12 de Junho de 2018
Local e Data

José Perera
José Perera
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180157039**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Deputado José Tavares, 684 - Cruz das Armas - João Pessoa - PB - CEP 58085-730

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4086698**

Data e local do acidente: [**19/11/2017**] **CONDE-PB**

Data e local do exame: [**17/05/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CIRURGIA EM 23-11-2017 E ALTA EM 24-11-2017 FEZ FISIOTERAPIA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 19-11-2017 AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM TORNOZELO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR E DORSAL EM 50%

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

~~COMPREV~~
COMPREV PREVIDÊNCIA

09 ABR. 2018

PROTÓCOLO
AG. 1030 PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alexandre de Melo Lira
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** Solteiro
PROFISSAO: Desenhista **Nº DO RG:** 1862.424
ORGÃO EMISSOR: CNH **DATA DE EMISSÃO:** 06/12/2013
Nº CPF: 058.441.044-12 **ENDEREÇO:** Rua José Tonante,
M-084, Buz. das Amoreiras, João Pessoa, PB

OUTORGADO: INEBR DA CUNHA Loco
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** Viúvo
PROFISSAO: Professor **Nº DO RG:** 1202.482
ORGÃO EMISSOR: CNH **DATA DE EMISSÃO:** 09/10/2013
Nº CPF: 569.951.999-79 **ENDEREÇO:** Rua José Bastos de
Carvalho Novaes n. 375 apt. 201 Bairro do Jardim Cláudia
Universitária

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Alexandre de Melo Lira, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.



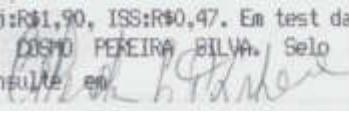
João Pessoa, PB , 09 de Abril de 2018

X Alexandre de Melo Lira
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

 CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL



Reconheço Por Autenticidade a firma de ALEXANDRE DE MELO LIRA, [108375], J.Pessoa-PB, 22/03/2018 17:00:36 Emol R\$19,48 Farpen:R\$0,28 Fepj:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA OSMIO PEREIRA SILVA. Selo Digital AGR00522-XNR2 Consulte em 



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

079.452.934 - 84

Nome completo da vítima

Enivaldo Oliveira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Enivaldo Oliveira da Silva	CPF titular da conta	079.452.934 - 84	Profissão	Mecânico
Endereço	Rua Maria Vicência da Nobrega	Número	935	Complemento	larva
Bairro	Vitória	Cidade	Patos	Estado	PB
Email	emmanoela@hotmail.com.br	CEP	58700-000	Telefone (DDD)	(83) 3421-6003 (83) 8 8630-1650 (83) 9 9855-8454 (83) 9 9999-9926

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"/> RECLUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA
<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"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (343)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA N.º: 4982 CONTA N.º: 016.076.10
(Informar dígito se existir) DV (Informar dígito se existir)

BANCO	Nome	Agência	Conta	DV
XP	13180	10700	4007610	10
BR	10700	10700	4007610	10
CAIXA	10700	10700	4007610	10

(Informar dígito se existir) (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.

Enivaldo Oliveira da Silva
Local e Data

Enivaldo Oliveira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 podem impedir 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 poderá 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

014.087.409-60

Nome completo da vítima

José Rodrigo Pereira Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Rodrigo Pereira Leite	CPF titular da conta 014.087.409-60	Profissão Auxiliar de Supermercado
Endereço Rua Antônio da Cunha	Número 300	Complemento
Bairro Bt. Sta. Maria	Cidade Conde	Estado PB
Email jose.rodrigo.pereira.leite@gmail.com	CEP 58322-000	Telefone (DDD) (83) 99100-2607

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
3033		018 304 669	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome		Nº	
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Local e Data

de 2018

José Rodrigo Pereira Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal