

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](http://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 12650027



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](http://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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta nº: 12993017

A/C: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Nº Sinistro: 3180157039  
Vítima: 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](http://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** 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 precisa 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

058.443.044-32

Alexandre de Melo Lima

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

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Alexandre de Melo Lima		058.443.044-32		Decorador	
Endereço		Número		Complemento	
Rua José Tonares		684			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Cruz das Almas	João Pessoa	PB	58085-930		
Email		Telefone (DDD)			
melo.dpvat@gmail.com		33		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**

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ 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)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0086		01300065867	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO		NRO.	
Nome			
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.

João Pessoa, 04 de Abril de 2018  
Local e Data

Alexandre de Melo Lima

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 Araruna/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**.

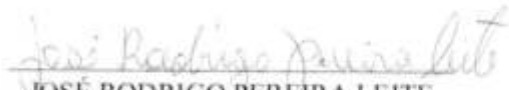
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

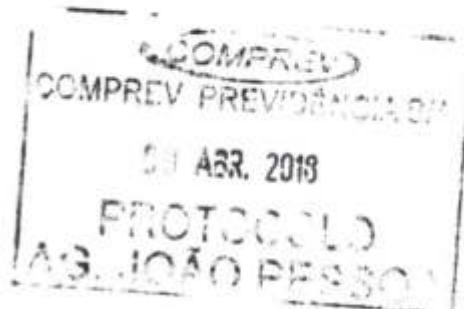
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD, PRETA, 2012/2012, PLACA MOW3892/PB, CHASSI 9C2KD0540CR527081, registrada em nome de JOSELI BORGES DA SILVA, quando perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0254/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, 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, exceção 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



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 Pereira Leite

CPF da Vítima

034.087.404-60

Data do Acidente

19/11/2019

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

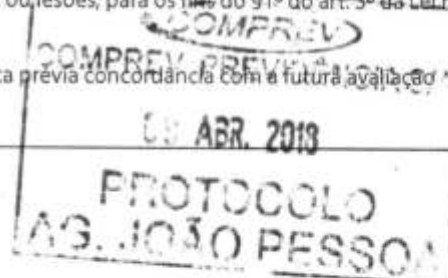
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



João Pessoa, 28 de Março de 2019  
Local e Data

Jose Rodrigo Pereira Leite  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 203441029760008 Sexo: M IDENTIDADE: 4086698 Fone: 93981430 Num. Prontuario: 2017.11.002745  
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 INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Res.: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Doc. Responsavel: 93981430 / IDENTIDADE: 4086698

Residência: 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

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

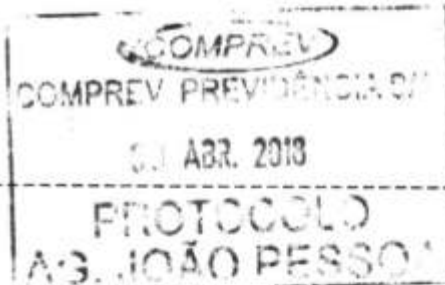
[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

La Principal

QUEDA DE MOTO.

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Exame físico realizado*

Diagnostico

*Rx molesado*

Conduta

Prescrição

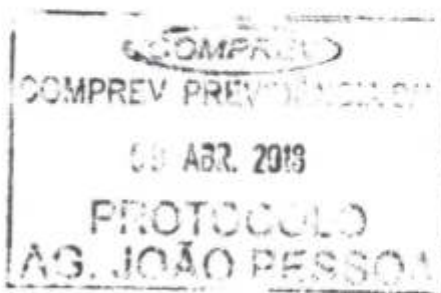
*Intenir p/ Ce*

Horario da medicacao

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	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

-----  
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: 000000104669-6

---

Nr. da Autenticação A2B4BE2306386CD3

MARIA LUCIA MIRANDA LINS  
RUA JOAO BATISTA CARVALHO MOURA, 375 / AP 201 - JD. CO UNIV  
JOAO PESSOA / PB CEP: 55052-180 (AQ: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B(230) Km25 - Cesta Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP 55071-620  
Rotam: 4 - 5 - 80 - 4380 Referência: Ago / 2017 CNPJ 08 083 0196 / 0001-40 Ins. Est. 16 015 823-0  
Nº medidor: 0500108766 Emissão: 10/08/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 275 596  
Código para Débito Automático: 00000065872

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
Ago / 2017	10/08/2017	11/09/2017	39636615420 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/806587-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/07/17	22594	10/08/17	23721	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (%)	Valor Base Calc.	Alíq. Icms(R\$)	Base Calc. Pto(R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)		
		Tributos Totais(R\$): ICMS(R\$): ICMS		Pto(Coef. (R\$): 0,8724(R\$): 14,78(R\$):						
0601	Consumo em kWh	127,000	0,843760	91,78	81,75	27	22,08	81,75	0,79	3,68
0801	Adc. B. Amarela			2,54	2,54	27	0,59	2,54	0,02	0,11
0801	Adc. B. Vermelha			1,82	1,82	27	0,49	1,82	0,02	0,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRE SERV. LUM. PÚBLICA			3,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2017			1,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	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 23,25 85,12 0,62 1,65

Média Últimos meses (kWh)

180

VENCIMENTO

17/08/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,50

Histórico de Consumo (kWh)

126 | 127 | 148 | 133 | 158 | 159 | 204 | 260 | 213 | 209 | 218 | 195  
Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16 Out/16 Set/16 Ago/16

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 6/2017 - Mangabera

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	4,19	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,38		
DIC ANUAL	20,77		CONTRA TADA 202
FIC MENSAL	3,30	0,00	
FIC TRIMESTRAL	9,90		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	19,80		
DMC	2,54	0,00	
DMC	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	20,94	22,64
Compra de Energia	29,26	30,55
Serviço de Transmissão	1,44	1,56
Encargos Setoriais	1,59	1,72
Impostos Diretos e Encargos	34,31	37,05
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	92,50	100,00

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

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/09/2017. Conforme Resolução nº 14 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de ser o consumidor suspenso do fornecimento, caso o mesmo não seja comprovado antes. Caso pague, não esteja em unidade consumidora para comprovação. Caso a mesma efetue o pagamento da(s) fatura(s) acima mencionada(s) esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em registros de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. - Leitura confirmada.

Faturas em atraso

12/07/2017 80,62

PARAIBA

ENERGISA  
Rotam: 4 - 5 - 80 - 4380  
Matrícula: 808587-2017-00-1

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 correio.

Preço para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica: N° 002.654.908



ENERGISA PARAJÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br. 230, Km. 24 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 53071-410  
CNPJ 08.091.182/0001-40 - Insc. Est. 11.111.233-0

<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR</b>		
DANILLO DE ARAUJO NOBRE LEITE RUA FRANCISCO TEODADIO RIBEIRO COUTINHO 2011 S/N JOÃO PESSOA		5/1082314-4		
<b>REFERENCIA</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
FEV/2018	23/02/2018	183	02/03/2018	R\$ 378,30

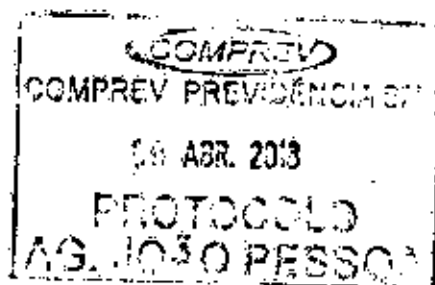
Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE NOVO

DANILLO DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO TEODADIO RIBEIRO COUTINHO 2011 S/N  
JOÃO PESSOA

<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>INSCRIÇÃO</b>
02/03/2018	R\$ 378,30	11.111.233-0







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 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 Welson da Cunha Rêgo inscrito (a) no CPF 569.951.994, / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandre de Melo Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.441.044, / 89 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Alexandre de Melo Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.441.044, / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios: Recusa.

☐ 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>375</u>	Complemento <u>AP 201</u>
Bairro <u>JD. Col. Univ</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58002-100</u>
Email <u>welson.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99100-3604</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99811-5088</u>

João Pessoa, 04 de Abril de 2018  
Local e Data

Welson da Cunha Rêgo  
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=29638>

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 Danielo de Araújo Nobre Leite inscrito (a) no CPF 003.462.864 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Rodrigo Pereira Leite inscrito (a) no CPF sob o N° 014.087.404 / 60 do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima João Rodrigo Pereira Leite inscrito (a) no CPF sob o N° 014.087.404 / 60, 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 Francisco Volado Ribeiro Coutinho</u>		Número <u>204</u>	Complemento <u>51108</u>
Bairro <u>Bom</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58036-450</u>
E-mail <u>walke.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99100-5604</u>	Telefone celular(DDD) <u>(83) 99811-0088</u>

João Pessoa, 28 de Março de 2018  
Local e Data

Danielo de Araújo Nobre Leite  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joseli Borges da Silva, RG  
nº 36581991 data da expedição 20 / 05 / 2008,  
órgão SSP/PB, portador do CPF nº 110 608 894 - 80,  
com domicílio na cidade de Alhandra, no estado  
de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Santa Rosa, nº 5W,  
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 Rodrigues Pereira Leite, cujo  
o condutor era João Rodrigues Pereira Leite.

Veículo: Pb / motocicleta / Honda / 1100 / 12012

Modelo: Honda / 1100 / R 150 / BROS ESD

Ano: 2012 / 2012

Placa: MOW 38921PB

Chassi: QC2KD0540CR527081

Data do acidente: 19/03/2017

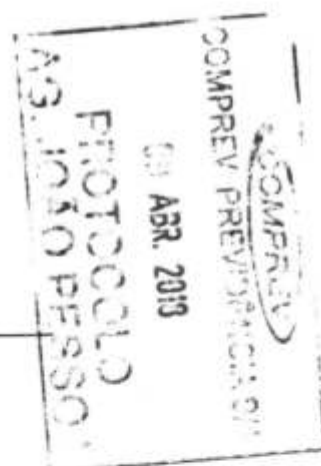
Local e Data: João Pessoa, PB 02/ março 2018

CARTÓRIO DE  
MATA REDONDA



Joseli Borges da Silva

Assinatura do Declarante



Assinatura do condutor \*

João Rodrigues Pereira Leite 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 fe: Alhandra/PB - 28/03/2018

Substituta: Luanna Ferreira Mendes Lira

Selo Digital: AC095701-OTIW

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

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

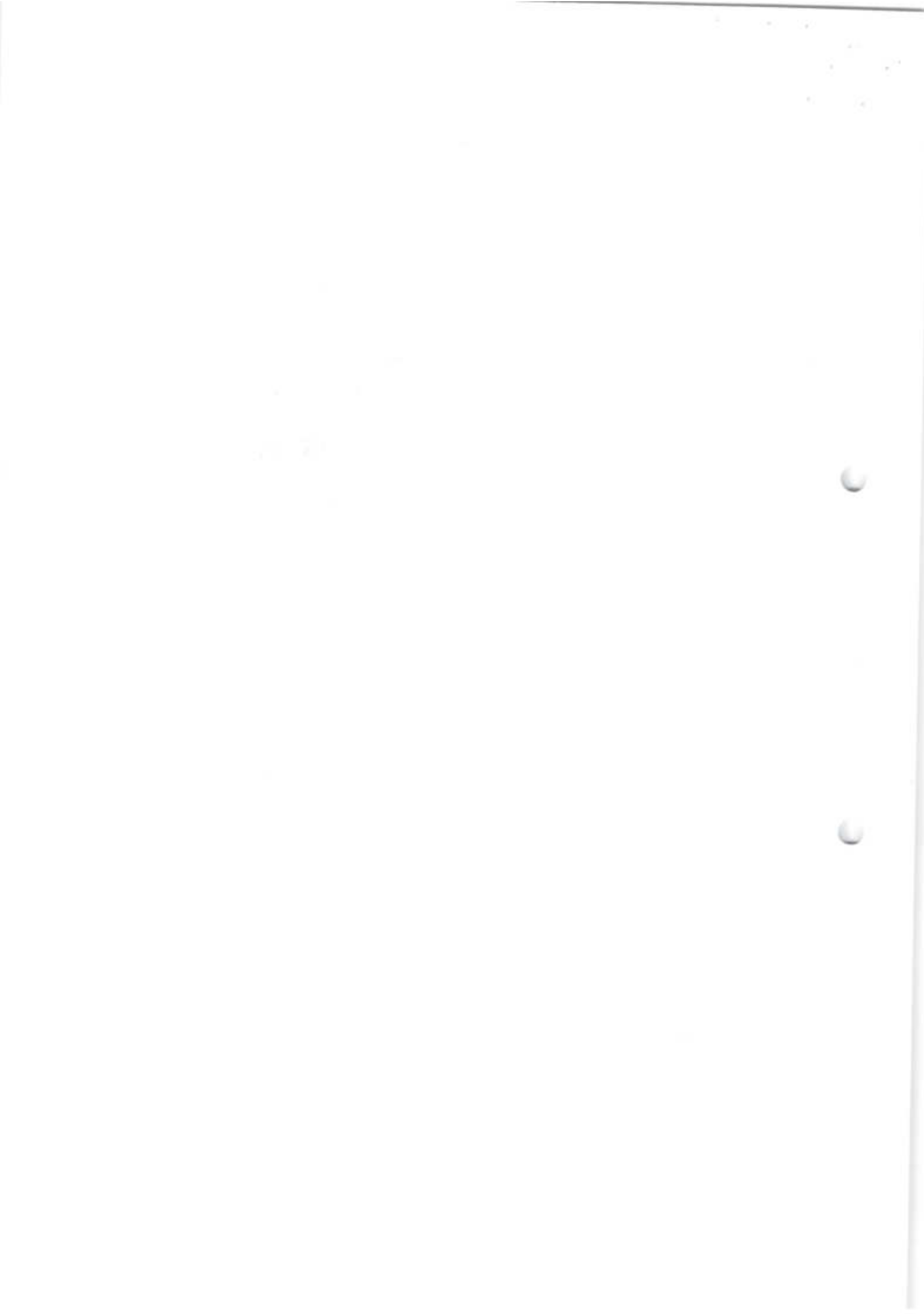






## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>JOSE RODRIGO PEREIRA LÊITE</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <b>23 ANOS</b>	SEXO <b>MASCULINO</b>	COR	CLÍNICA <b>ORTOPEDIA</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>19/11/2017</b>		DATA DE ALTA <b>23/11/2017</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DE TORNOZELO E</b>				CID <b>S82</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O MESMO</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS <b>SEM OUTROS DIAGNÓSTICOS</b>					
PRINCIPAIS EXAMES <b>CLÍNICA + EXAMES DE IMAGEM</b>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <b>RAFI COM PLACA 3,5</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
<div>ANATOMIA PATOLÓGICA</div> <div>INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO</div> <div>RESULTADO BACTERIOLOGIA</div>					
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, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÃO) PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA COM RAFI, EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS SISTÊMICAS OU ORTOPÉDICAS. EXAME NEUROVASCULAR NA ALTA SEM ALTERAÇÕES. PACIENTE DEVIDAMENTE ORIENTADO SOB SEU TRATAMENTO POSTERIOR A CIRURGIA E A NECESSIDADE DE SEGUIMENTO REGULAR CONFORME CONSULTAS PREVIAMENTE AGENDADAS					
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b> <b>DIETA:</b> GERAL SEM RESTRIÇÕES OU CONFORME RESTRIÇÕES PREVIA DE PATOLOGIAS CLÍNICAS. <b>REPOUSO:</b> Relativo em casa por <b>15</b> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <b>45</b> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>60</b> dias e com esforço maior em <b>90</b> dias. <b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> 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.					
<b>MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID</b>					
<b>RETORNO</b> Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <b>DR HEISENBERG ALMEIDA</b> em <b>15 dias</b> para revisão.					
<b>24/11/2017</b>					
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.

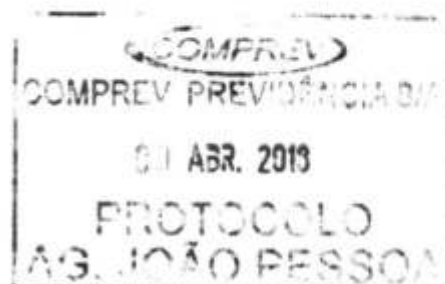
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado cirurgia dia 23/11/2017 e alta medica dia 24/11/2017.

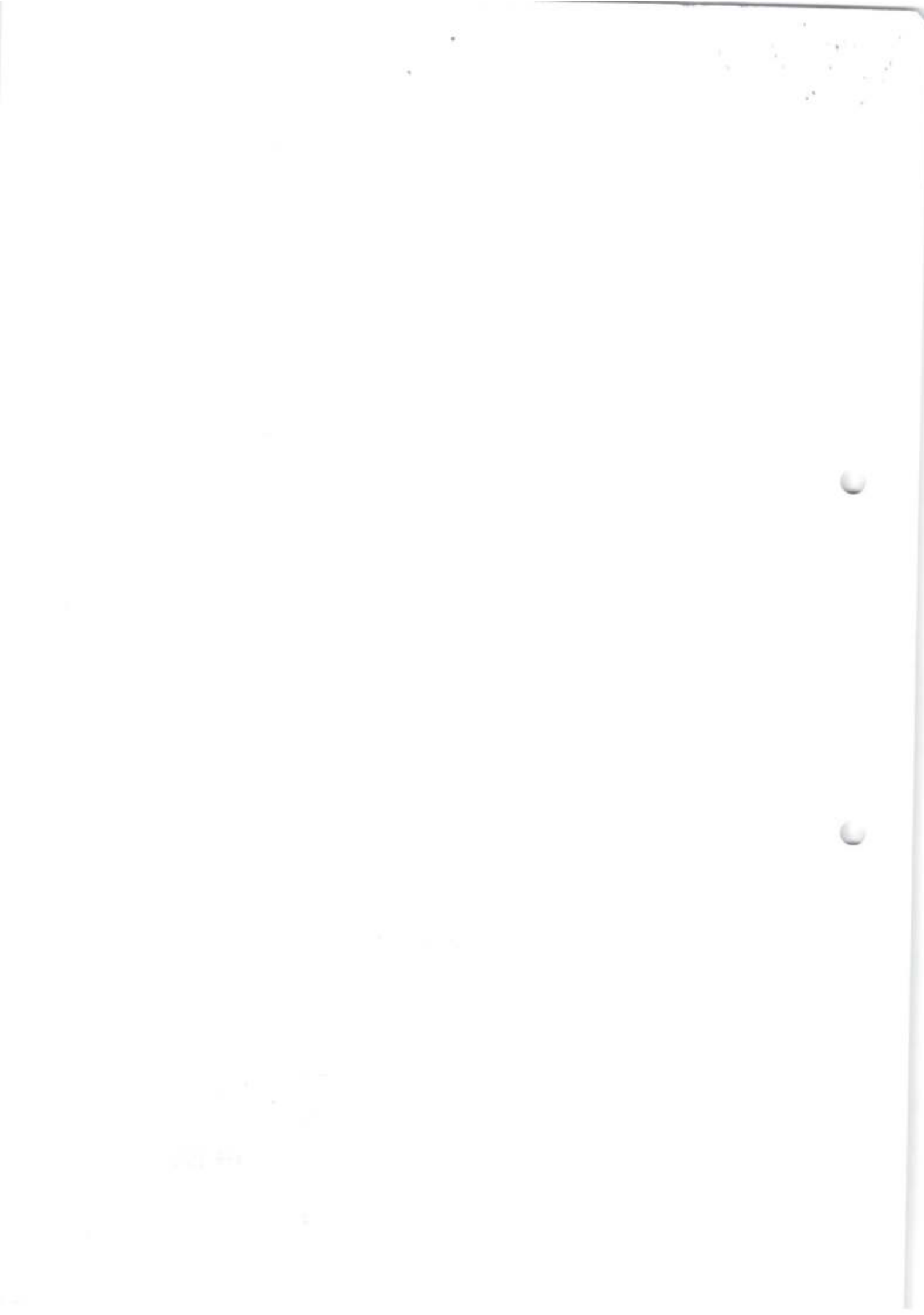
E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, ato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de fevereiro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





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 Regul  
Data: 19/11/2017  
Hora: 16:33:46  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Num. de vezes atendido: 1

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 INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Res.: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Doc. Responsavel: 93981430 / IDENTIDADE: 4086698

Residência: 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:	[ ]	Aparentemente Bem	[ ]	Grave
FC:	TP:	[ ]	Politraumatizado	[ ]	Convulsao
Peso:	Altura:	[ ]	Hemorragia	[ ]	Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ]	Diarreia	[ ]	Aagitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ]	Regular	[ ]	Chocado
		[ ]	Vomito		
			Observacao		

Principal

QUEDA DE MOTO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

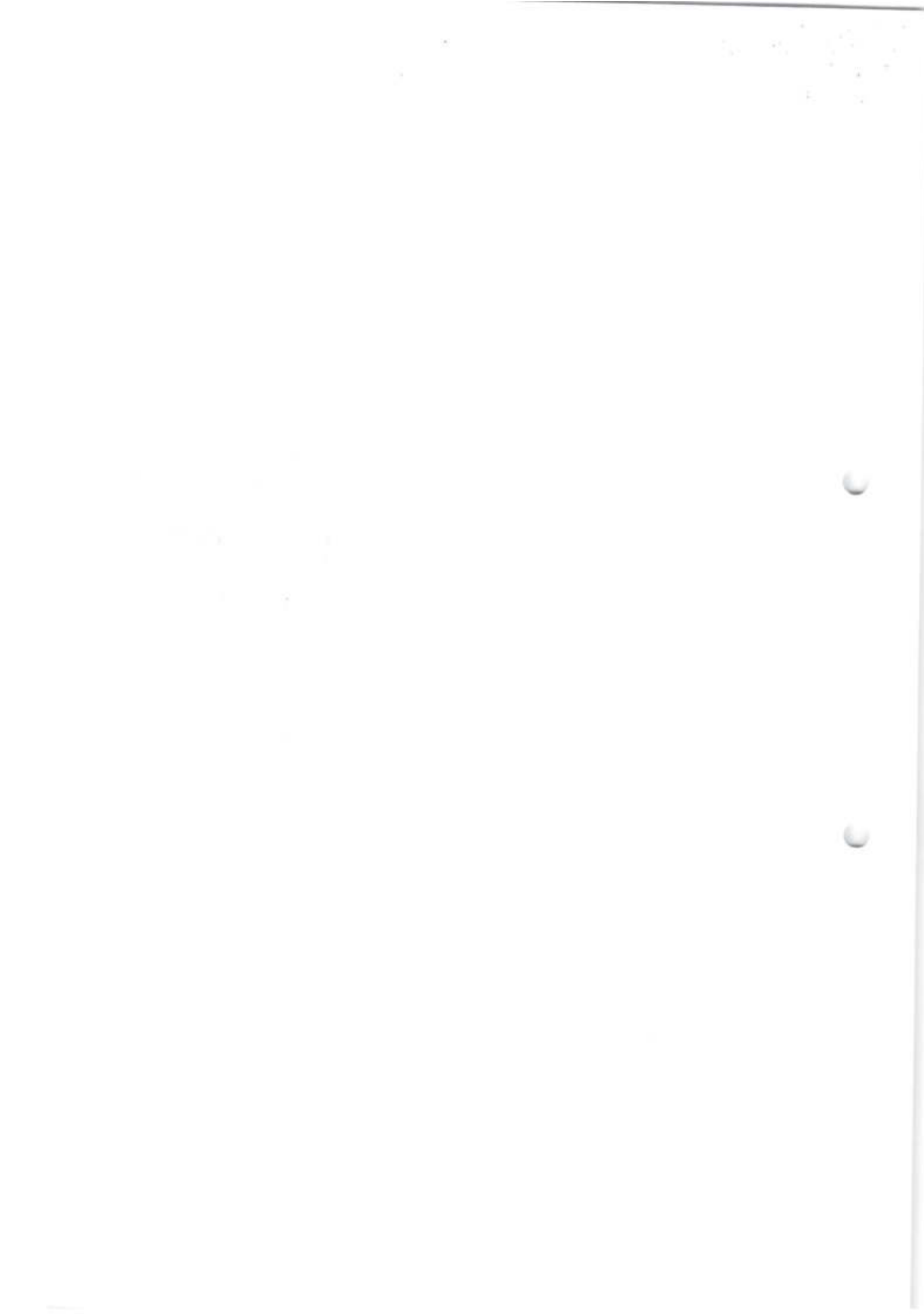
Diagnostico Rx mobilizado bld Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

RECEITA - SGT. URG. 0311-01  
MANGABEIRA E TRAUMATOLOGIA

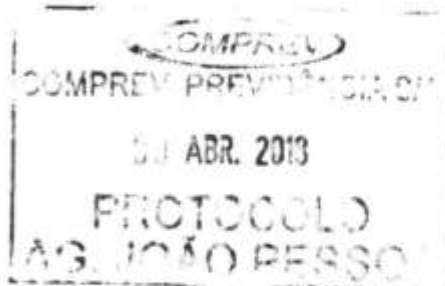




Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

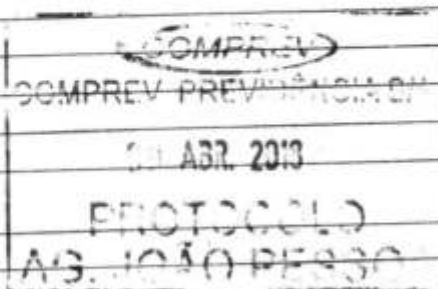


## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** José Rodrigo Pereira Leite **Data da Admissão:** 18/11/14  
**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_  
**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** 1/1/

**QPD:** Dor em trízlo (E)

**HDA:** Queda do membro inferior em trízlo (E)  
reparada dor + deformidade + trízlo (E)  
+ ESCOLIOSE



**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

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

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

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia **Audição:** \_\_\_\_\_ **Visão:** \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ **Outros:** \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor \_\_\_\_\_





**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**Antecedentes Familiares:**

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

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

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

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

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

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: *ESCLERÓTIAS em joelho e p (E)*

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

U: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura do maldado lateral (E)*

Conduta: *Internar p. Cirurg*

Dr. Indalecio Pacelli-Fernandes  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 5827 TEOT 14247





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

PACIENTE: <b>JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE</b>				REGISTRO:	
IDADE: <b>23 ANOS</b>	SEXO: <b>M</b>	COR:	CLÍNICA: <b>ORTOPEDIA</b>	ENFERMARIA:	LEITO:
DATA: <b>23/11/2017</b>	CIRURGIÃO: <b>DR HEISENBERG ALMEIDA</b>			1º AUXILIAR <b>DR THALLES</b>	
2º AUXILIAR <b>DR MICHAEL</b>		3º ASSISTENTE: <b>DR</b>		INSTRUMENTADOR: <b>---</b>	
ANESTESISTA: <b>DRA MAIRA</b>		TIPO DE ANESTESIA: <b>RAQUIANESTESIA</b>		HORÁRIO: Início:	Término:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<b>FRATURA DE TORNOZELO E</b>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<b>O MESMO</b>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">COMPREV COMPREV PREVENÇÃO ON 30 ABR. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</div>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<b>EDUCAÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 7 F</b>					
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				DESCREVA: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">M.D. U.P.</div>	
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					







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

500-P

*João Rodrigo Pereira Leite*

CARTEIRA DE IDENTIDADE




COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA

ABR. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.086.698 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2012

NOME JOSÉ RODRIGO PEREIRA LEITE

FILIAÇÃO FRANCISCO LEITE DA SILVA  
MARIA DAS DORES PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE ARARUNA-PB DATA DE NASCIMENTO 02/11/1994

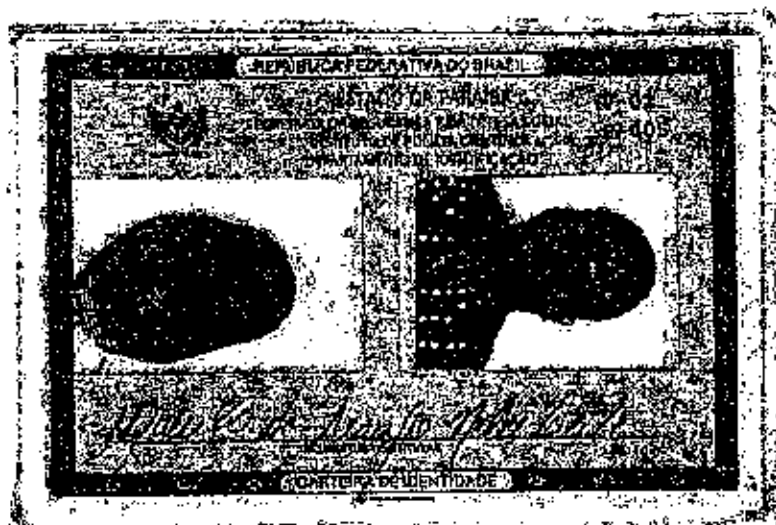
DOC ORIGEM NASC.N.9480 FLS.118V LIV.A-10  
CARTORIO CONDE-PB

CPF 014.087.404-60

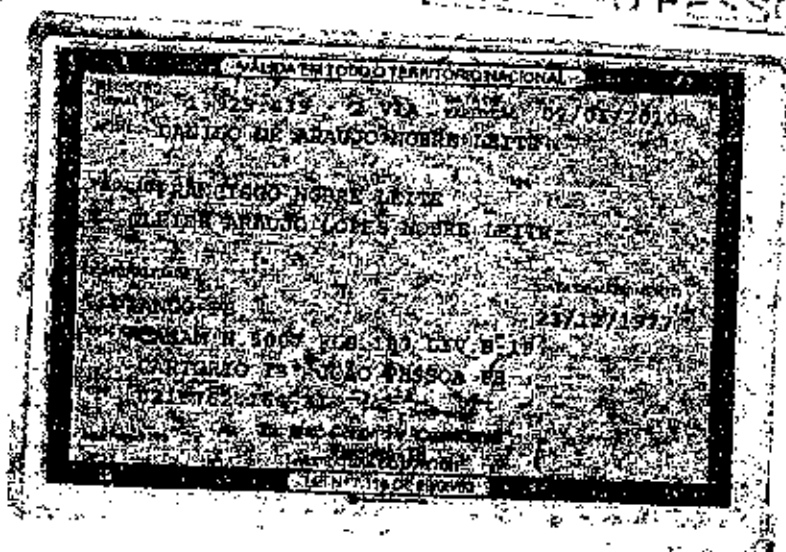
Assinatura do Diretor

29/08/83

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
08 ABR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
A22. 2013  
PROTOCOLO  
A3. 1040 PER30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAIS

DETRAN - PB  
Nº 012974353624  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA 000 REGA/PRT 20170000422634-EXERCÍCIO  
1 0045210248-0 00/00000000 2017

JOSELI BORGES DA SILVA

11060889480  
NOVO PB 9C2KD0540CR527081  
MOM3892/PB

HONDA/NKR150 ER05 ESD  
2 E/149 /OI  
PARTIC PRETA  
2012 2012

IPVA PAGO EM 00/00/0000  
PARCELAMENTO/CONTAS  
0 2º 3º

SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
PAGAMENTO 20/01/2017

ALHANDRA PB LOCAL  
41947 DATA 18/04/2017  
34584

PB Nº 012974353624 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 11060889480  
HONDA/NKR150 ER05 ESD  
2012 9C2KD0540CR527081

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
CUSTO DO BILHETE (R\$) IGP (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
CUSTO DO BILHETE (R\$) P A G O  
PAGAMENTO 20/01/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

NOV-2016



# 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 médico pericial:** AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM TORNOZELO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR 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 SZTRAJTMAN

**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: 034.087.404-60 Nome completo da vítima: Jose Rodrigo Pereira Leite

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

Nome completo	<u>Jose Rodrigo Pereira Leite</u>		CPF titular da conta	<u>034.087.404-60</u>	Profissão	<u>Aux. de Serviços</u>
Endereço	<u>Rua. Argentea</u>		Número	<u>514</u>	Complemento	
Bairro	<u>Vol. Sta. Maria</u>	Cidade	<u>Conde</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
E-mail	<u>Nobu. Opbat@gmail.com</u>					<u>58320-000</u>
					Telefone (DDD)	<u>(83) 99100-5607</u>

Declaro, sob as penas da lei, 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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<b>CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</b>			
BANCO	Nome		
AGÊNCIA	Nº		
AGÊNCIA	Nº		
AGÊNCIA	Nº		

12 JUN. 2018

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.

Jose Rodrigo Pereira Leite 12 de junho de 2018  
Local e Data

Jose Rodrigo Pereira Leite  
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.** Nexó de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as seqüelas (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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 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):

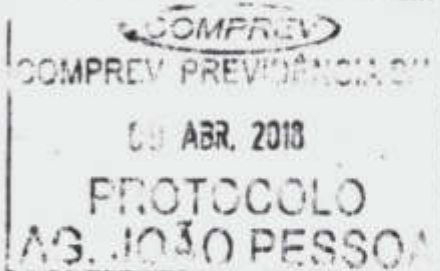
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

## PROCURAÇÃO




OUTORGANTE: Alexandre de Melo Lira  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Defensor Nº DO RG: 2.862.924  
ORGÃO EMISSOR: CVH DATA DE EMISSÃO: 06/12/2013  
Nº CPF: 078.441.044-12 ENDEREÇO: Rua José Tonares  
Nº 684, Cruz das Armas, João Pessoa, PB

OUTORGADO: INEIDER DA CUNHA REGO  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Viúvo  
PROFISSÃO: Procurador Nº DO RG: 1.207.482  
ORGÃO EMISSOR: CVH DATA DE EMISSÃO: 12/12/2013  
Nº CPF: 569.951.999-72 ENDEREÇO: Rua João Batista de  
CAVALHO MOURA, N. 375, APT. 201, BAIRRO JARDIM CÍVICO  
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 04 de Abril de 20 18

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  
RUA JOSEFINO KUBITSCHEK, S/Nº - SINISTRO CIVIL - CEP 5075-000 - JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO - TEL: 3091-4078  
Reconheço Por Autenticidade a firma de ALEXANDRE DE MELO LIRA, [108375], J. Pessoa-PB, 22/03/2018 17:00:36 Enol R\$19,48 Farpen: R\$0,28 Fepj: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AGR00522-XMR2 Consultar em Cartório Ceileida





**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

Erivaldo Oliveira da Silva

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

Nome completo	Erivaldo Oliveira da Silva	CPF titular da conta	079.452.934 - 84	Profissão	Mecânico
Endereço	Rua Maria Fecenda da Nobrega	Número	935	Complemento	Casa
Bairro	Ititeria	Cidade	Patos	Estado	PB
Email	emmanoela@hotmail.com.br	CEP	58700-000	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003 (83) 8 8630-1858 (83) 9 9656-8484 (87) 9 9999-9976

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**

- ☒ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ 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) ☐ ITAÚ (343)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a copetência segurária 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.

Patos - PB 18 de Abril de 2018  
Local e Data

Erivaldo 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 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 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").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034.087.409-60

Nome completo da vítima

João Rodrigo Pereira Leite

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Rodrigo Pereira Leite	034.087.409-60	Advogado
Endereço	Número	Complemento
Rua Aristóbulo	311	
Bairro	Cidade	Estado
St. Sta. Maria	Conte	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
joao.dpvat@gmail.com	58322-000	(83) 99400-5607

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 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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO	DIV	AGÊNCIA NRO	DIV
3033		038	6
(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.

João Rodrigo Pereira Leite, 25 de Maio de 2018  
Local e Data

João Rodrigo Pereira Leite  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal