



SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE DE PROCESSO

SINISTRO Nº: 3180409147

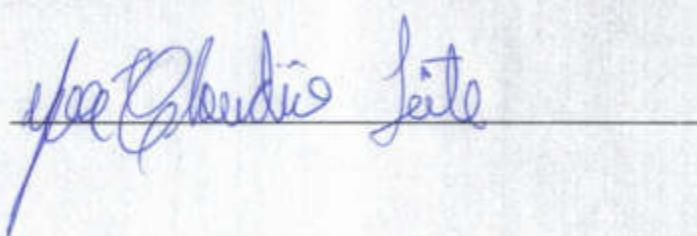
Eu, **JOSÉ CLÁUDIO LEITE**, brasileiro(a), solteiro(a), autônomo, CPF 385.106.851-34, residente e domiciliado na Rua Estrada do Fio, nº 3506, bairro Timbó, Fortaleza, Ceará, fortaleza/Ce, 61760-000, tel 9.9823-5029, 9.9825-2518, **SOLICITO REANÁLISE** de meu processo de invalidez, por estar em **DESACORDO COM O VALOR INDENIZADO** em meu processo, considerando este um valor baixo, tendo em vista a gravidade de minhas sequelas decorrentes do acidente, que afetam tanto minha vida cotidiana como profissional.

Para comprovar o que afirmo, envio aos senhores uma **NOVA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA** (laudo médico/exames) com a finalidade de comprovar a gravidade de minhas seqüelas.

Peço aos senhores que marque uma **NOVA PERÍCIA MÉDICA** para que eu tenha a oportunidade de comprovar a real extensão de minhas seqüelas indenizáveis.

Fortaleza, 23 de novembro de 2018.

Atenciosamente,



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409147 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409147 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Talita Fonseca Medeiros".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409147 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: JOSÉ CLAUDIO LEITE, brasileiro(a), estado civil _____, profissão _____, portador do RG nº _____, data de expedição _____ / _____ / _____, inscrito(a) no CPF de nº 385.106.851-34, residente e domiciliado na Rua ESTRADA DO FIO, nº 3506, Bairro TIMBÚ, Cidade EUSÉBIO, Estado CE, CEP: 61760-000, telefones pra contato (85) 99823-5029, (85) 998252518.

OUTORGADO: ALISSON GOMES AGUIAR, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 26.888, tels. (85) 9.8873-7201, 9.9732-3211 e 3243-6176, e-mail alissonaguiaradv@gmail.com, com endereço profissional à Rua Major Facundo, nº 1377, Bairro José Bonifácio/Centro, CEP 60.025-101, Fortaleza/CE, onde receberá notificações e intimações.

PODERES OUTORGADOS: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juizo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover: acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber intimações para audiência e perícias medicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 11 de julho de 2018.

José Claudio Leite
OUTORGANTE

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

FIRMA RECONHECIDA

ASS: _____

Serviço Registral de Messejana
Reconhecimento por semelhança à firma de

(85) 3229-1911 - (85) 3474-0510
(2407888187894) 7

JOSE CLAUDIO LEITE
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 11 de julho de 2018.

Em testemunho da verdade,

SILVANA MARY FARIAS GOMES (OFICIAL)

Assinado somente com o selo de autenticidade

Valor Total R\$ 00,00

Serviço Registral de Messejana
CARTEIRA DE AUTENTICIDADE
Messejana - Ceará



Nº CK 514751 - NOVM

(085) 98873-7201

(085) 9.9732.3211 / (085) 3243-6176

RUA MAJOR FACUNDO, Nº 1377, ESQUINA COM RUA ANTÔNIO POMPEU, CENTRO

ALISSONAGUIARADV@gmail.com

PROCURAÇÃO AD JUDICIA – DPVAT

OUTORGANTE: JOSÉ CLAUDIO LEITE, brasileiro(a), solteiro(a), autônomo CPF 385.106.851-34, residente e domiciliado na Rua Estrada do Fio, nº 3506, bairro Timbú, Eusébio, Ceará, CEP: 61760-000, tel 9.9823-5029, 9.9825-2518.

OUTORGADO: ALISSON GOMES AGUIAR, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 26.888, tels. (85) 9.8873-7201, 9.9732-3211 e 9.8602-1143, e-mail alissonaguiaadv@gmail.com, com endereço profissional à Rua Major Facundo, nº 1377, Bairro José Bonifácio/Centro, CEP 60.025-101, Fortaleza/CE, onde receberá notificações e intimações.

PODERES OUTORGADOS: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula “ad judicia et extra”, podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover todos os atos administrativos e judiciais competentes para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo o seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representá-lo em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber intimações para audiência e perícias medicas, em nome do outorgante, enfim praticar todos os atos necessários para o fiel cumprimento do presente mandato, sendo que o recebimento da indenização que cabe ao outorgante como beneficiário, será feita na conta bancária do outorgante.

Fortaleza (CE), 21 de Setembro de 2018.

OUTORGANTE

FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE

Serviço Registral de Messejana (83) 3229-1911 - (85) 3474-0510
Recomendação por autenticidade a firma de (5799266571302) 8
JOSE CLAUDIO LEITE
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Doutor.
Fortaleza, 21 de setembro de 2016.



(085) 9.8873-7201 / (085) 9. 9732-3211 / (085) 3243-6176
RUA MAJOR FACUNDO, Nº 1377, ESQUINA COM RUA ANTÔNIO POMPEU, CENTRO
ALISSONAGUIARADV@GMAIL.COM

05 OUT. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324119/18

Número do Sinistro: 3180409147

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

CPF: 385.106.851-34

Data do acidente: 01/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO LEITE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALISSON GOMES AGUIAR : 032.594.583-79

Comprovante de residência

Procuração

JOSE CLAUDIO LEITE : 385.106.851-34

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018
Nome: ALISSON GOMES AGUIAR
CPF: 032.594.583-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

ALISSON GOMES AGUIAR

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324119/18

Número do Sinistro: 3180409147

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

Data do acidente: 01/05/2018

CPF: 385.106.851-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO LEITE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/12/2018
Nome: ALISSON GOMES AGUIAR
CPF: 032.594.583-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

ALISSON GOMES AGUIAR

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324119/18

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

CPF: 385.106.851-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO LEITE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALISSON GOMES AGUIAR : 032.594.583-79

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE CLAUDIO LEITE : 385.106.851-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018
Nome: ALISSON GOMES AGUIAR
CPF: 032.594.583-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

ALISSON GOMES AGUIAR

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324119/18

Número do Sinistro: 3180409147

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

Data do acidente: 01/05/2018

CPF: 385.106.851-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO LEITE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/11/2018

Data do cadastramento: 29/11/2018

Nome: ALISSON GOMES AGUIAR

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 032.594.583-79

CPF: 061.393.643-45

ALISSON GOMES AGUIAR

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO LEITE

Nº Sinistro: 3180409147
Vitima: JOSE CLAUDIO LEITE
Data do Acidente: 01/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALISSON GOMES AGUIAR

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180409147**.

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, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLAUDIO LEITE**
Nº Sinistro: **3180409147**
Vitima: **JOSE CLAUDIO LEITE**
Data do Acidente: **01/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALISSON GOMES AGUIAR**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180409147**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO LEITE

Sinistro: 3180409147

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALISSON GOMES AGUIAR

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 3180409147** 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.seguradoraslider.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, 30 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180409147

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALISSON GOMES AGUIAR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CLAUDIO LEITE

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

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLAUDIO LEITE**

Nº Sinistro: **3180409147**

JOSE CLAUDIO LEITE

Data do Acidente: **01/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALISSON GOMES AGUIAR**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180409147**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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





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 AST

CPF da Vítima

385.106.851.34

Nome completo da vítima

Jose Claudio Beite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Jose Claudio Beite</i>	CPF titular da conta <i>385.106.851.34</i>	Profissão <i>Autônomo</i>
Endereço <i>Estrada do Fio</i>	Número <i>3506</i>	Complemento
Bairro <i>Timbu</i>	Cidade <i>Eusébio</i>	Estado <i>CE</i>
Email <i>ALISSONAGUIARADV@GMAIL.COM</i>	Telefone (DDD) (11) 9999-9999 (011) 1234-7701, 0999-1111	

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	

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

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

AGÊNCIA
Nº
0624 DV
6 CONTA
Nº
1001973 DV
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome <i></i>	Nº <i></i>
AGÊNCIA Nº <i></i>	DV <i></i>
CONTA Nº <i></i>	DV <i></i>

(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.

Fortaleza/Ceará 11 de julho de 2018
Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

Jose Claudio Beite
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Poupança



LÍBIA CORRETORA DE SEG.

04 SET. 2018

SS: _____



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR DO CEARÁ

Confere em: 26/06/2018.

P.O.

Chefe / Emissão de Certidão.

Hemando [Signature]

Mat. 308463

CERTIDÃO N°. 359/2018.

O Ten. Cel. QOPM RONALDO José de Sousa da Silva, Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual - BPRE, no uso de suas atribuições legais, **CERTIFICA**, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito – BOAT, sob nº 155714 acerca de acidente ocorrido na RV CE 040, Km 14 no Município de Eusébio/CE, no dia 01/05/2018, às 17h40min, no seguinte teor:

Natureza do Acidente	COLISÃO
Veículo e Condutor 01	YAMAHA/XT 660 , de placa(s) PNX 5678-CE, conduzido por José Leandro Araújo de Freitas, nascido em 05/05/1984, prontuário nº 03678112826-CE, categoria de habilitação "AB", CPF: 636.638.303-06, RG: 960224072120, residente à Rua Raquel Holanda, nº 409, Bairro: Ellery, Fortaleza/CE. Proprietário (a): POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ. Veículo entregue: Ao condutor.
Veículo e Condutor 02	HONDA/NX 150 de placa(s) HUT 8801-CE, conduzido por José Cláudio Leite, nascido em 06/03/1964, prontuário nº 00208449458-CE, categoria de habilitação "AD", CPF: 385.106.851-34, RG: 8554 OAB-DF, residente na Estrada do Fio, nº 3506, Bairro: Timbó, Eusébio/CE. Proprietário (a): José Valdir Leitão Barros. Veículo entregue: Ao DETRAN.

DESCRIÇÃO:

Segundo a versão do condutor do V1, declarou que: "Vinha por volta das 17h30 no sentido Eusébio/Aquiraz, na faixa do meio, aproximadamente no Km 14 em frente ao posto Lua, com a velocidade média de 60 Km/h. Quando o condutor da moto HUT 8801 ao sair do posto de gasolina, transpõe a faixa de acostamento e cruzando a via sem os devidos cuidados. No momento em que foi colhido pelo mesmo". Segundo a versão do condutor do V2, declarou que: "Poe volta das 17h30 ao sair do posto Lua no Eusébio-CE, daí quando eu trafegava na pista lateral mais ou menos uns 50 metros depois de sair do posto Lua, estava na faixa do meio, sofri uma forte colisão na parte detrás da motocicleta que eu pilotava, quando da colisão eu senti um veículo na minha traseira, o qual arrastou o meu veículo e me desequilibrei e eu caí ao solo. Atendeu a ocorrência: 3º SGT Francisco CLEOFABIO Nery de Freitas MF: 135210-1-8, de serviço na VTR 2043 do BPRE, informando que ao chegar ao local do acidente constatou as seguintes condições: tempo bom, via seca, pavimentada com asfalto, sinalização horizontal (pintada), acostamento estreito e iluminação boa. Informou ainda que: "Ao chegarmos ao local nos deparamos com o V1 e o V2 sobre as duas vias de velocidade na esquerda fechando o trânsito nas mesmas. O condutor do V1 sofreu apenas pancada no joelho direito e o condutor do V2 várias lesões pelo corpo sendo atendido pela Ambulância do SAMU USB 64 com o socorrista Alexandre e Cristiane que atestaram apenas lesões leves. Lavrado o BOAT e desobstruída à via. Que foi feito o exame etílico em ambos condutores dando como resultado 0,00 mg/l (negativo) para embriaguez". Componentes que atenderam a ocorrência: 3º SG PM Cleofábio, CB PM Robson. Avaria(s) (V-1): carenagem do painel danificado, base da sirene quebrada, lateral direita ralada, protetor punho direito quebrado, carenagem da lateral direita ralada, descarga ralada, estribos direito quebrados. Avaria(s) (V-2): retrovisor esquerdo quebrado, lateral esquerda ralada, lente do pisca esquerdo quebrado, pneu traseiro empenado. Vítima: José Cláudio Leite, nascido em 06/03/1964, condutor do V2, usava capacete de segurança, com ferimentos leves, conduzido ao Hospital Frotinha de Messejana.

E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, Gleyson Paulo Machado ALBUQUERQUE, CB PM 23.444 MF: 301.774-1-X, Digitador, a digitei e assino

Gleyson Paulo Machado Albuquerque, 2018
Mat.: 301.774-1-X

conforme original.

DOCUMENTO
ORIGINAL

Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual - BPRE, Fortaleza/CE, em 26/06/2018

Rubens Pereira Alves MAJ PM
Mat.: 076.840-1-0

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

P.O.
RONALDO José de Sousa da Silva - TC QOPM
Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual
MF: 084.629-1-7

04 SET. 2018

ASS



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. JOSE CLAUDIO LEITE, portador do RG 425.314 inscrito no CPF 385.106.851-34, no dia 1º/05/2018, às 18h49, no município de Eusébio/CE, na CE 040, vítima de colisão moto com moto, sendo encaminhado para o Hospital I.J.F. Messejana. E para constar eu, Ana Cristina Medeiros Silva, Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 1º de Junho de 2018

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS. _____

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CLAUDIO LEITE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00624-6

CONTA: 00001001973-7

Nr. Autenticação

BRADESCO22112018050000000002370062400001001973168750 PAGO

Nº DO CLIENTE

8374386-3

Para aqueles que preferem receber, este é o seu número
sempre que precisar entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
é fixada pela Lei nº 10.429
de 25 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Faixa Verde, 150
CEP 60130-040 | Fortaleza CE
CNPJ 01.04.229/0001-70 | CGF 00.102.649-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 6 | SÉRIE B-414

Rota: 07 01110 13 151400 - 0 Data de Emissão: 512610249
 Nome: ALISSON GOMES AGUIAR Data: 08/03/2018
 End. Postal: RUA MAJ FACUNDO 01377
 Medidor: JOSE BONIFACIO - FORTALEZA - 60026101
 Classe: 23510494 Fator de Potência: 0,900 A05N
 RG / CPF / CNPJ: 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL, MONUFASICO
 Nome do Responsável: 032594583-79 CEP: 60130-040

PATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próximo Lembrete
Fev/2018	01/02/2018	10/03/2018

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
31,16	7,00	2,19

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DIC	4,55	5,15	15,35	7,69	7,10	6,10
FIC	3,11	3,11	12,45	6,80	6,80	6,80
DMIC	2,21					

TABELA DE QUANTIDADE DO PAGAMENTO

Mês	Preço Mínimo			Ajustado Individual		
	Mensal	Bim.	Anual	Mensal	Bim.	Anual
FEV/2018	14,21	14,21	17,07	14,21	14,21	17,07

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Ley. Ativ. Ley. Anterior Conta Consumo (kWh) Conta Inc. Cons. Fis. Tarifa (R\$0,90) Valor (R\$)

9	1026	1022	1,00	47	5,19	47	47,19	47,19
---	------	------	------	----	------	----	-------	-------

VALOR CONSUMO DO MES	32,18
----------------------	-------

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL
 VALOR CONSUMO DO MES
 10,00

VENCIMENTO

TOTAL PAGAN (R\$): 42,18

42,18

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo (kWh)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.026,00	1,00											
1.022,00		1,00										
1.022,00			1,00									
1.022,00				1,00								
1.022,00					1,00							
1.022,00						1,00						
1.022,00							1,00					
1.022,00								1,00				
1.022,00									1,00			
1.022,00										1,00		
1.022,00											1,00	
1.022,00												1,00

CONSUMO CONSIDERANTE - ENSSAÍDO DE CO₂ (kg/MWH)

Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Coletividade Ecológica (NCO₂)

Consumo (kWh)	Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Coletividade Ecologia (NCO ₂)
32,18	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA ATIVAR SEU DIREITO À TERRA, FAÇA UMA CONSULTA
 SEU NOME DE CLIENTE ESTÁ NO SISTEMA VERIFICADO?
 Para se visualizar a saída de Fatura e no sistema de consumo, entre
 no site: www.enel.com.br, ou ligando para o Ministério da Saúde, 0800-7222222.
 ENEL AGRADECE A PARTECIPAÇÃO PELA SATISFAÇÃO NA SUA CONTA.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD

04 SET. 2018

155:

Nº DO CLIENTE

8374386-3

Para aqueles que preferem receber, este é o seu número
sempre que precisar entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
é fixada pela Lei nº 10.429
de 25 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Faixa Verde, 150
CEP 60130-040 | Fortaleza CE
CNPJ 01.04.229/0001-70 | CGF 00.102.649-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 6 | SÉRIE B-C-F-N

Rota: 07 01110 13 151400 - 0 Data de Emissão: 512610249
 Nome: ALISSON GOMES AGUIAR Data: 08/03/2018
 End. Postal: RUA MAJ FACUNDO 01377
 Medidor: JOSE BONIFACIO - FORTALEZA - 60026101
 Classe: 23510494 Fator de Potência: 0,900 A05N
 RG / CPF / CNPJ: 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL, MONUFASICO
 Nome do Responsável: 032594583-79 CEP: 60130-040

PATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próximo Lembrete
Fev/2018	01/02/2018	10/03/2018

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
31,16	7,00	2,19

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DIC	4,55	5,15	15,35	7,69	7,10	6,10
FIC	3,11	3,11	12,45	6,80	6,80	6,80
DMIC	2,21					

TABELA DE QUANTIDADE DO PAGAMENTO

Mês	Preço Mínimo			Ajustado Individual		
	Mensal	Bim.	Anual	Mensal	Bim.	Anual
FEV/2018	14,00	14,00	17,00	14,00	14,00	17,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Ley. Ativ. Ley. Anterior Conta Consumo (kWh) Conta Inc. Cons. Fis. Tarifa (R\$0,00) Valor (R\$)

9	1026	1022	1,00	47	5,19	47	5,19	32,18
---	------	------	------	----	------	----	------	-------

VALOR CONSUMO DO MES	32,18
----------------------	-------

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,00
------------------------------	-------

VENCIMENTO

TOTAL PAGAN (R\$):

51,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo (kWh)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.026,00	1,00											
1.022,00		1,00										
1.020,00			1,00									
1.018,00				1,00								
1.016,00					1,00							
1.014,00						1,00						
1.012,00							1,00					
1.010,00								1,00				
1.008,00									1,00			
1.006,00										1,00		
1.004,00											1,00	
1.002,00												1,00

CONSUMO CONSIDERANTE - ENSSAÚDE CO2 (kg/MWH)

Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Composto Ecológico (NCO₂)

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

30,31 0,00 0,00

31804091547

JOSE C LEITE

ESTRADA DO FIO, 3506

TIMBU EUSEBIO CE

CEP: 61760000

Data de Postagem: 07/08/2018

0001596



0113503421260718000156603000945563

Parabéns!

O seu cartão de
débito e crédito
chegou.

 agibank®
Pro vida, é agibank.

ASSINATURA
05 OUT. 2018

BRASIL MATERIAIS DE SEGURO LTDA.

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 221204
www.susep.gov.br 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 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, planos de capitalização e reseguro;

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 9.633/98.

Pelo exposto, eu ALISSON GOMES AGUIAR inscrito (a) no CPF 032.594.583-79
 na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário Jose Claudio Beite inscrito
 no CPF sob o N° 385.106.851/34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
Jose Claudio Beite, inscrito (a) no CPF sob o N° 385.106.851/34, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, encanando 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	RUA MAJOR FACUNDO		Número: Nº 1377	Complemento:
Bairro	JOSÉ BONIFÁCIO	Cidade:	FORTALEZA	Estado: CEARÁ CEP: 60.025-101
E-mail:	ALISSONAGUIARADV@GMAIL.COM		Telefone comercial (DDD): 085 9.8873-7201	Telefone celular (DDD): 085 9.9732-3211

FORTALEZA/CE 10 de julho de 2018
 Local e data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

04 SET. 2018

Assinatura do Declarante

SS:

⊕
Ortopedia e
Traumatologia

⊕
Ortopedia
Infantil

⊕
Patologia
da Coluna

⊕
Cirurgia do
Joelho

⊕
Patologias
do Esporte

⊕
Osteoporose

Mefi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA

Rua Barão Pinto, 3040 - Aldeota - Cep. 60130-220 - BRASÍLIA/DF - Fone: (61) 3391-2700

Dr. Mardonio Salmita
CRM 4411

José Claudio Leite

Lavado medico

paciente vítima de
acidente de trânsito frontal
sofreu fratura do tíbia
proximal, perto tibial. D.
Fixação fabulada a
parafusos e anel.
O fato ocorreu em
fratura fisioterapeuta.
contendo ferida de
grande envergadura com avulsão
de unha e comprometimento
de nervos e tendões.
Nas reuniões condicões
clínicas apesar de retomar
os trabalhos. Conforme permuta
mecon 90 de 05 para reabilitação
CID- 582.1

010-582-1

1010811

CRF - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Marqueses Siqueira, 1777 - Aldeota
Fone: (61) 32546.5587 - 325446

COT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme Pachá, 1201 - Setor Sul
Fone: (61) 3391-2700

Rua Prof. Luís da Cunha, 2192 - Ipanema - Brasília
Fone: (61) 3472-2784

Fco. Mardonio Salmita Almeida
Ortopedista - Traumatologista
CREMEEC 4411

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

José Cláudio Leite

PL DPVAT

Possente de alta da
transmktologia.



10/09/18

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MOVIMENTO 4

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

José Gláucio Vieira

- Sócio fisioterapia p/
o pulm D (20%)
HD: ~~Intima no prof~~
~~física auxiliar~~

[Handwritten signature]

01/09/13

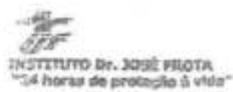
Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5145 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD

04 SET. 2018

ISS:

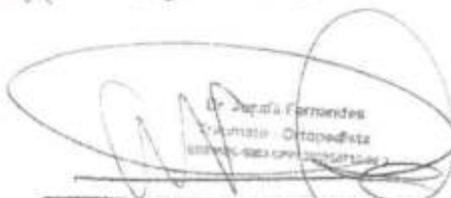


RECEITUÁRIO

Nome: José Alainio Feito BE/Prontuário: _____

- Saiu de internação ✓
- bello D (30/15)
- H.D.: Fratura no pulso
em consolidação

Data: 07/06/18



Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1916 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 090.803 Versão 1 - 01/SET/04 - Via Ínter - Formato A5 (148x210).

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

04 SET. 2018

ISS: _____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE EUSÉBIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Paciente: Joni Cláudia Batista
Endereço: _____

Prescrição:

Fisioterapia e fisioterapeuta)

30 Sessões.

Diagnóstico: Fratura em consolidação.

Data: 03/07/18

[Handwritten signature]
Dra. Renata Leão
Médica
CRM: 15723

Assinatura CRM/CRO

"Amarante seu filho. Ele merece esta proteção."

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



Nome: JOSE CLAUDIO LEITE
Endereço: R ESTRADA DO FIO, 3505 - TIMBU - EUSEBIO/CE
R

PACIENTE
Idade: 54 anos(s)
Nome: JOSE CLAUDIO LEITE
Endereço: R ESTRADA DO FIO, 3506 - TIMBU - EUSEBIO/CE
R

1) CETOPROFENO 100 MG
TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

USO ORAL
Dr. Josafa Fernandes
Itumbi - Ceará
Fone: 085 3228 2555
FORTALEZANCE, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRMCE 5253

PACIENTE
Idade: 54 anos(s)
Nome: JOSE CLAUDIO LEITE
Endereço: R ESTRADA DO FIO, 3506 - TIMBU - EUSEBIO/CE
R

1) CETOPROFENO 100 MG
TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

USO ORAL
1 CX
Dr. Josafa Fernandes
Itumbi - Ceará
Fone: 085 3228 2555
FORTALEZANCE, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRMCE 5253

UBIA CORRETORA DE SEGUIMENTO

04 SET. 2018



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente JOSE CLAUDIO LEITE, portador do documento nº 3 necessita de 120 dias de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença CID: S62.1

FORTALEZACE, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRMCE 5253

FORTALEZACE, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRMCE 5253

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o paciente JOSE CLAUDIO LEITE, portador do documento nº 3 necessita de 120 dias de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença CID: S62.1

FORTALEZACE, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRMCE 5253

LÍBIA CORRETORA DE SEGUROS

04 SET. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NAME DO PACIENTE JOSE CLAUDIO LEITE	Nº DO PRONTUÁRIO 5106582	Nº DO SE 274298
CADÚC NOME MAE MARIA LEDA LEITE	DATA DE NASCIMENTO 06/03/1964 (54 ANOS)	SEXO M
ENDERECO NI CONTATO	RESIDÊNCIA Nº NOME RESPONSÁVEL NI MUNICÍPIO	RACIOC PARDO
CEP NI	CEP NI	UF CE

LOCAL DA Ocorrência (qual é o endereço do acidente)

DESCRIÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE VITIMA DE COLISÃO ENTRE MOTOS LUXAÇÃO SEGUNDO O SAMU O MESMO E PORTADORES DE HAS-DM LUXAÇÃO EM JOELHO DIREITO.

MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

RES NI KG PORTADORA NI C	RESERVA ANTENAL NUN ALEGOU NÃO SABE INFORMAR.	SAÍDA VITALIS SAMU NIN	POSS NI	ULTIMA NI
CLASSIFICAÇÃO VERDE	INCORPORADO PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 01/05/2018 19:51:29		

02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA

ÁREA ATENDIMENTO

AVANÇADA	ATENDIMENTO MÉDICO
<p><i>fratura ext. () proximal da fíbre d. Inhalacões gástricas / Pele intacta. seu fagote. obs - paciente (não quis falar internado opera.)</i></p>	
DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO (SC)
GESTO/EXAME <input checked="" type="checkbox"/> HCG <input checked="" type="checkbox"/> SU <input checked="" type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> TC CRANIO <input checked="" type="checkbox"/> RAIÓ-X <i>(0303080200)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS
PRESCRIÇÃO MÉDICA	APAZIGUAMENTO
	OBSERVAÇÕES
<p><i>Orientação e referir o mais Ferião possivel</i></p>	
<p><i>RX / foto / final / retorno</i></p>	

ATIVIDADES
 DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNACAO ÓBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA INI ANAT. PATOL
 DATA/HORA DO ATENDIMENTO:

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 01/05/2018 19:51:29
 Declaro verem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CONFIRMO CON CÓDIGO

23/05/18

Marina

04.830.197/0012-45
HOSPITAL DISTRITAL EDILSON
BANHOS DE JUNDIAÍ

Ao Jornal: Meio ambiente

Fonte:
Câmara

*Coordenado pelo SAMU encaminhado
para o hospital*

JOSÉ CLAUDIO LEITE

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOSE CLAUDIO LEITE CASTILHO		DADOS PESSOAIS Nº DO PRONTUÁRIO 5105582		Nº URGÊNCIA 274618
NOME DA ESPOSA MARIA LEDA LEITE ESTADO NI COMARCA		NASCIMENTO 05/03/1966(34 ANOS) NOVO RESPONSÁVEL NI MUNICÍPIO		SEXO M RACIA PARDO
				CEP CE

POSSUI DA INFORMAÇÃO TRANSPORTE/LEITO DO PACIENTE
ODONTOLOGIA

QUEDA EM JEJUM PARA CIRURGIA SITUAÇÃO NI		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA		ESCALA DE RICE 99 (ADULTO)
PESSOAS NI KG TEMPERATURA NI °C	PRIMÁRIA MATERIAL NI/NIN NI/NIN	SINT. S2 NIN	PULSO NI	CLÍNICA NI
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA		DATA E HORA DE CLASSIFICAÇÃO 03/03/2018 09:46:32

ANEXO ATENDIMENTO
02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA

ATENDIMENTO MÉDICO	
<i>Fratura na tibia e no fêmur.</i> <i>NECROSE INTERUBERANTE (0303090073)</i>	
DIAGNÓSTICO	TODOS PROCEDIMENTOS
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X	() OUTROS
MEDICAMENTO	PREScrição MÉDICA APRAZALMENTO
	OBSERVAÇÕES

ATENDIMENTO
 DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNACAO
 DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IMI ANAT. PATOL
 DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 03/03/2018 09:46:32
 CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO ESPECIALISTA

Assinado por MARIA BENICE A SILVA em 03/03/2018 09:46:32
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todos os responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 289 do Código Penal.

JOSE CLAUDIO LEITE

BA-SAU-14710012-05
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROS DE OLIVEIRA
 Av. Jose da Costa Carvalho, 1576
 Messejana - CEP: 60300-030

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

155:

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSE CLAUDIO LEITE
 IDADE: 54 ANOS SEXO: M EST. CIVIL: FONE: (84) 998 23 5350
 ENDEREÇO: RUA DA FIO 3506, BAIRRO: TIMBÓ MUNICÍPIO: EUSÉBIO UF: CE
 1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO:
 DECLARAÇÃO CIRCUNSTANIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO;
 OUTROS: LAUDOS MÉDICOS, PRONTUÁRIO MÉDICO, EXAMES

COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM 05/05/2018 E ALTA EM _____
 PARA FINS DE DAVAT

Fortaleza, 12 de julho de 2018.

José Claudio Leite

Assinatura do Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME:
 IDADE: SEXO: EST. CIVIL: FONE: ()
 ENDEREÇO: MUNICÍPIO: UF:
 PRÓPRIO PACIENTE PAIS DE MENOR 16 ANOS OUTRO P/ PROCURAÇÃO PAI/MÃE DE INCAPAZ
 (Anexar Doc. 1) (Anexar Doc. 1, 2 e 3) (Anexar Doc. 1, 3 e 4) (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)

- OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:
- ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014).
 - ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida.
 - ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos).
2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade).
3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração).
4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF.
5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.

ASSINATURA DA DOCUMENTAÇÃO

O REQUERENTE PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE

Fortaleza - CE em ____ / ____ / ____.

Assinatura do Recebedor

LÍBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

Data de Entrada
Saida do Iff

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER

VÍTIMA: JOSÉ CLÁUDIO LEITE

CPF: 385.106.851-34

Eu, JOSÉ CLÁUDIO LEITE, DECLARO QUE:

1- Em 01/05/2018 fui vítima de acidente automobilístico no dia quando pilotava o veículo:

MODELO: NX 150

MARCA: HONDA

ANO: 1991 / 1991

PLACA: HUT 8801

CHASSI: Desenheado - CRLV extraviado

2- DECLARO que o veículo está registrado em nome de JOSÉ VALDIR LEITÃO BARROS e venho a INFORMAR à Seguradora Lider que desconheço tal indivíduo e também o seu endereço ou localização.

Fortaleza- CE, 12 de julho de 2018.

José Cláudio Leite
DECLARANTE

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

DR. FERNANDO RABELO DA SILVA

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA

RELATÓRIO MÉDICO

P/ Jré Cláudia Leite.

Segundo o B.O. N° 1557/14, o paciente supracitado, sofreu acidente de trânsito (moto), c/ consequente fratura intracortical no plato fibial do joelho direito, foi submetido a suas evoluções c/ ortabrasile e, fisioterapia. Entra de alto reparativo. Ficou c/ sequelas funcionais no joelho direito.

EID: S. 80-1

Fortaleza: 23/11/2018.

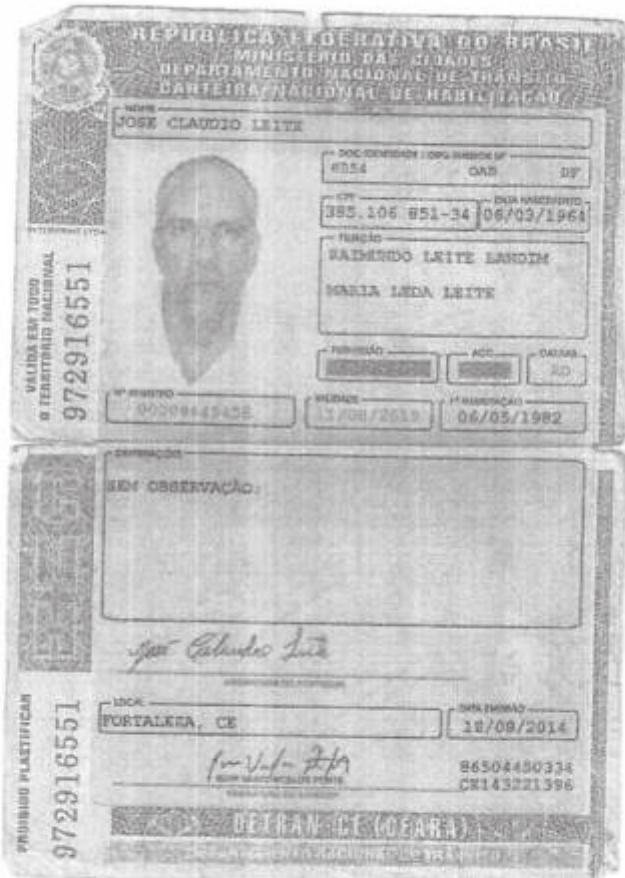
Fernando Rabelo da Silva
Ortopedia - Cirurgia da Mão
CRM 3630

Fernando Rabelo da Silva

DR. FERNANDO RABELO DA SILVA

CRM-3630

RUA GUILHERME ROCHA ,1201 -CENTRO-FORTALEZA -CE



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____



LÍRIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409147 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

DADOS DO VEÍCULO

Placa: HUT8801
Multa: SIM
Munic. Emplac.: LIMOEIRO DO NORTE
Tipo: MOTOCICLETA
Marca: HONDA/NX 150
Ano Fab/Modelo: 1991/1991
Ano Exercício: 2001
Espécie: PASSAGEIRO
Cor: AZUL
Combustível: GASOLINA
Categoria: PARTICULAR
Nacionalidade: NACIONAL
SNG:
Ano Seguro:
Pendência Recall: NAO

OBSERVAÇÕES

Nenhuma Observação Encontrada

RESTRICOES

Código	Descrição
8.0	VEICULO VENDIDO. EFETUAR TRANSF. ART.134/CTB.
23.0	RETENCAO VEIC. CONF.ART. 233/270 CTB
35.0	VEICULO SELECIONADO PARA LEILAO
87.0	VEICULO APREENDIDO NO DEPOSITO

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ECT AVISO DE CHEGADA AC EUSEBIO

23/05/2018 - 14:31

Versão

ETIQUETA LÓGICA PAC PP

AR:

MP

Nº : PP 64640731-3 BR

Sigla : PP

Data de entrada : 23/05/2018

Comparecer até : 31/05/2018

Nº de ordem : 1

Emissão do aviso: 23/05/2018

Valor :

+ tributos :

= Total :

Destinatário : JOSE CLAUDIO LEITE

Endereço : ESTRADA DO FIO

Número : 3506

Complemento :

Cidade : EUSEBIO

Bairro : TIMBU

CEP : 61760-000

UF : CE

Comparecer à unidade: AC EUSEBIO

Gerente:

Endereço : AV CICERO SA 71 EUSEBIO

Bairro : Centro

CEP : 61760-970

Localidade : EUSEBIO

UF : CE

Telefone : 02601084

Horário :

Remetente:

CEP :

Localidade :

Sr. cliente não podendo comparecer à agência, autorize abaixo uma pessoa de sua confiança a fazer a retirada. Enviar sua identidade (original ou cópia). Importante: objetos com serviço MP (mão própria), são entregues somente ao próprio destinatário.

Autorizo o Sr(a):

retirar o objeto: _____

Identidade: _____

Identidade do
destinatário: _____

Assinatura do destinatário: _____

A apresentação deste aviso de chegada é indispensável para o seu atendimento nos correios. Pessoa jurídica trazer contrato social ou cópia.

Vale Postal, Reembolso
Postal e Sedex a Cobrar só
aceitam pagamento em
dinheiro.

Recebi o objeto especificado neste aviso em ____/____/____

Nome legível

Assinatura

Documento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

04 SET. 2018

ASS: _____

3260-2641
CRAS

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



VALIDADEM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº DOCUMENTO: 425.311 VÁLIDA ATÉ: 22/02/2000

NOME: JOSE CLAUDIO LEITE

ELABORADO POR: Raimundo Leite Landim
Maria Leda Leite

NATURALIDADE: Brasília-DF DATA DE NASCIMENTO: 05/03/1964

DOU ORIGEM: C.Nasc. Nº 16.665.Fls.11V,Liv.4-17,
Brasília/DF
385.106.851-34

ASSINATURA DO CORRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83