



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

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

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 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:

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 TIMBU, Cidade EUSEBIO,
Estado CE, CEP: 61760-000,
telefones pra contato (85) 99823-5029, (85) 99825 25 18.

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 judicium 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 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 médicas**, 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.

Cartório da
Messejana

Jose Claudio Leite
OUTORGANTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

FIRMA RECONHECIDA

ASS: _____

Serviço Registral de Messejana
Reconheço por semelhança a firma de
JOSE CLAUDIO LEITE

(85) 3229-1911 - (85) 3474-0510
(2407888107894) 7

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

Em testemunho da verdade,
SILVANA NARY FARIAS GOMES (OFICIAL)

Valor Total dez e seis reais e setenta e quatro centavos
Serviço Registral de Messejana
Cartório da Messejana



(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 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 judicium 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 representa-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 médicas, 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.

Cartório de
Messejana

José Claudio Leite

OUTORGANTE

FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE

Serviço Registral de Messejana (85) 3229-1911 - (85) 3474-0510
Reconheço por autenticidade a firma de (5799266571302) 8
JOSE CLAUDIO LEITE
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 21 de setembro de 2018.



Em testemunho da verdade,
Substituta
STEFANIA MARIA GOMES SILVEIRA
Valor Total R\$ 0,00
Stefania Maria Gomes Silveira
SUBSTITUTA
Serviço Registral de Messejana
CARTÓRIO DE MESSEJANA
Messejana - Fortaleza - Ceará

(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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO LEITE

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

ALISSON GOMES AGUIAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324119/18

Número do Sinistro: 3180409147

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

CPF: 385.106.851-34

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

ALISSON GOMES AGUIAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324119/18

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

CPF: 385.106.851-34

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO LEITE

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

ALISSON GOMES AGUIAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324119/18

Número do Sinistro: 3180409147

Vítima: JOSE CLAUDIO LEITE

CPF: 385.106.851-34

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: ALISSON GOMES AGUIAR
CPF: 032.594.583-79

ALISSON GOMES AGUIAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

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

Carta nº 13334817



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 LÍDER 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.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, 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 médico-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

Carta nº 13656182



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.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 13698693



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").

Numero do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 385.106.851.34	Nome completo da vítima José Claudio Leite
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Claudio Leite	CPF titular da conta 385.106.851.34	Profissão Autônomo
Endereço Estrada do Rio	Número 3506	Complemento
Bairro Timbu	Cidade Eusebio	Estado Pe
CEP 61760-000		Telefone (DDD) (fixo) (celular) (065) 3.8475-7201, 996602 1111
Email ALISSONAGUIARADV@GMAIL.COM		

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 checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO 0624 D/V 6 CONTA NRO 1001973 D/V 7 <small>(Informar dígito se existir)</small>		BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/> AGÊNCIA NRO <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO <input type="text"/> D/V <input type="text"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	

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

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

José Claudio Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Reunir



LIBIA CORRETORA DE SEG. 71

04 SET. 2018

SS:



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

Confere em: 26/06/2018.

P.O.

Chefe / Emissão de Certidão.

CERTIDÃO Nº. 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, transpôs 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 de trás 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 a 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 Protinha 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 conforme original.

Mar. 301774-1-X

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

DOCUMENTO ORIGINAL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

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

Rua Aristóbulo Quevedo, N.º 195 - Maraponga - Fortaleza-CE
CEP: 60711-005

ASS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

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 L.J.F. Messejana. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine 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

LIBIA 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: 000001001973-7

Nr. Autenticação

BRDESCO221120180500000000023700624000001001973168750 PAGO

Nº DO CLIENTE

8374386-3

Para garantir seu atendimento, o cliente deve sempre apresentar este documento.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
está em vigor pela Lei nº 10.428
de 25 de abril de 2002

Compensação Energética do Ceará
Piso 15,00 (dezesseis reais)
CEP 60730-340 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.042.251/0001-70 | CEP 08.102.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 07 01110 13 151400 - 0 512610249
Nome ALISSON GONES AGUIAR Data de Emissão 08/02/2018
End. Postal RU MAJ FACILDO 01377
JOSE BONIFACIO - FORTALEZA - 60055101
Medidor 23510494
Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. D1-COMERCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 032594583-79 Fator de Potência 0,95
Nome do Responsável

DATA DE QUILIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previdido Próxima Letra	Veja o legendado no verso desta conta.
Fev/2018	08/02/2018	10/03/2018	Consumo 15,23 kWh
Base de Cálculo (kWh)	Alíquota	Valor do Imposto	Mês 15,23 kWh
20,16	17,80	0,48	Valor 27,22
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Apuração individual
INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO			Mensal 15,23 kWh
Lett. Abast. Lett. Anterior Conut. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fct. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)			Mensal 15,23 kWh
22 1695 1692 1,39 47 0,38 1,1 15,23 27,22			Mensal 15,23 kWh
22 1695 1692 1,39 47 0,38 1,1 15,23 27,22			Mensal 15,23 kWh

VALOR CONSUMO DO MES 32,18
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 10,80

VENCIMENTO 25.02.2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 42,18

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses
Previsão 11,36	
Consumo 15,23	
Imposto 0,48	
Tributo 0,38	
Tarifa 1,10	
TOTAL 27,22	

CONSUMO CONJUNTO - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Cotação de Emissão (NCO)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA OBTENÇÃO DA DATA DE PAGAMENTO UTILIZE
O NÚMERO DO CLIENTE GERADO DO SEU VERIFICADOR
Pode ser utilizado a internet e entre no site do nosso atendimento
e também, pelo telefone, Ministério da Saúde, Gov. Federal
ENEL AGUIAR E PARCELA PELA SUSTENTABILIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD

04 SET. 2018

ISS: _____

^aSS.

3180409147

JOSE C LEITE
ESTRADA DO FIO, 3506
TIMBU EUSEBIO CE
CEP: 61760000
Data de Postagem: 07/08/2018
0001596

0113503421260718000159603000945563

Parabéns!

O seu cartão de
débito e crédito*
chegou.

 **agibank**
Pro você, e agindo.

LA CARRETORA DE SEG LTD.

05 OUT. 2018

ASS:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221208 (exceto 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção a 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**².

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

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

Pelo exposto, eu ALISSON GOMES AGUIAR inscrito (a) no CPF 032.594.583-79,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Claudio Leite inscrito
no CPF sob o Nº 385.106.851 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima
Jose Claudio Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 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 MAJOR FACUNDO</u>		Número: <u>Nº 1377</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>JOSÉ BONIFÁCIO</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CEARÁ</u>	CEP: <u>60.025-101</u>
E-mail: <u>ALISSONAGUIARADV@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial (DDD): <u>085 9.8873-7201</u>	Telefone celular (DDD): <u>085 9.9732-3211</u>	

FORTALEZA/CE, 10 de Julho de 2018
Local e Data

Alisson Gomes Aguiar
Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SÊG. LTD.

04 SET. 2018

Ass: _____

⊕
Ortopedia e
Traumatologia

Mefi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA

Dr. Mardônio Salmito
CRM 4411

⊕
Ortopedia
Infantil

⊕
Patologia
da Coluna

⊕
Cirurgia do
Joelho

⊕
Patologias
do Esporte

⊕
Osteoporose

José Claudio Leite

Laudo Médico

Para o exame clínico de
paciente de 70 anos, sexo
masculino, paciente do TIBIA
proximal, PCAS TIBIAL D.

Foi submetido a
procedimento cirúrgico,
osteossíntese, redução e
fixação das fraturas e
proteção funcional.

Continua tratamento
fisioterapêutico. Encaminhado
com auxílio de muleta e acompanhamento
na reabilitação condicional
clínica e de reabilitação
do membro. Com o tempo
de 90 dias para reabilitação

CID- 582.1

10108118

CRF - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Morumbi, 1777 - Aldeia
Fones: (11) 3244.5587 - 325446

CDT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme de S. 201 - Centro
Fone: (11) 3397.2101

Rua Prof. Edgar de Azeite, 3192 - Domínio Urubici
Fone: (11) 3472.2754

Dr. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

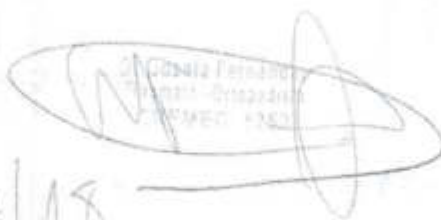
ASS



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

por Cláudio Leite
P/ DPVAT

Paciente de alta da
traumatologia.



10/09/18

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

MODELO 4

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

para Cláudio Leite

- Solicito fisioterapia p/
o pulso D (20m)
H.D.: postura no plano
frontal - corrigida

Dr. Cláudio Fernandes
CRM: 5350

01/09/18

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

UBIA CORRETORA DE SEG. LTD

04 SET. 2018

ISS: _____

RECEITUÁRIO

Nome: Dr. André Prota BE/Prontuário: _____

- Solicito fisioterapia p/
o pulso D (30/s)
H.D.: fratura no pulso
em consolidação.

Data: 07/06/18


Dr. André Prota
Ortopedista
CRM 100.000.000

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato AS (148X210).

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

04 SET, 2018

ISS: _____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE EUSÉBIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Paciente: Joni Claudio Costa
Endereço: _____

Prescrição:

Fratura por estresse

30 dias

Fratura em consolidação

Data: 03/07/18


Dra. Renata Leão
Médica
CRM: 14727

Assinatura CRM/CRO

"Amamente seu filho. Ele merece esta proteção."

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET, 2018

ASS: _____

PACIENTE

Name: JOSE CLAUDIO LEITE

Blade: 54 mm(s)

Endereço: R. ESTRADA DO RIO, 3505 - TIMBU - EUSEBIO/CE

24

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TONMAR 1 COMP DE 12/12 H

FORTALEZA, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRIMCE 5253

CRIMICE 5253

PACIENTE

Nome: JOSE CLAUDIO LENTE

 $\text{int}(\text{int}(\text{int}(s)))$

Endereço: R. ESTRADA DO FIO. 3506 - TIMBU - EUSEBIO/CE

23

USE ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TOIAR 1 COMP DE 12/12/11

1 cm

FORTALEZANCE, 14 de Maio de 2016

FRANCISCO JOSAFÉ FERNANDES

CRMUCF 6253

- Quadrato di 2/2 dia
- Retratto di 1/2 dia 1/2 dia
- Retratto di 1/4 dia 1/4 dia
- Retratto di 1/8 dia 1/8 dia
- Retratto di 1/16 dia 1/16 dia
- Retratto di 1/32 dia 1/32 dia
- Retratto di 1/64 dia 1/64 dia
- Retratto di 1/128 dia 1/128 dia
- Retratto di 1/256 dia 1/256 dia
- Retratto di 1/512 dia 1/512 dia
- Retratto di 1/1024 dia 1/1024 dia
- Retratto di 1/2048 dia 1/2048 dia
- Retratto di 1/4096 dia 1/4096 dia
- Retratto di 1/8192 dia 1/8192 dia
- Retratto di 1/16384 dia 1/16384 dia
- Retratto di 1/32768 dia 1/32768 dia
- Retratto di 1/65536 dia 1/65536 dia
- Retratto di 1/131072 dia 1/131072 dia
- Retratto di 1/262144 dia 1/262144 dia
- Retratto di 1/524288 dia 1/524288 dia
- Retratto di 1/1048576 dia 1/1048576 dia
- Retratto di 1/2097152 dia 1/2097152 dia
- Retratto di 1/4194304 dia 1/4194304 dia
- Retratto di 1/8388608 dia 1/8388608 dia
- Retratto di 1/16777216 dia 1/16777216 dia
- Retratto di 1/33554432 dia 1/33554432 dia
- Retratto di 1/67108864 dia 1/67108864 dia
- Retratto di 1/134217728 dia 1/134217728 dia
- Retratto di 1/268435456 dia 1/268435456 dia
- Retratto di 1/536870912 dia 1/536870912 dia
- Retratto di 1/1073741824 dia 1/1073741824 dia
- Retratto di 1/2147483648 dia 1/2147483648 dia
- Retratto di 1/4294967296 dia 1/4294967296 dia
- Retratto di 1/8589934592 dia 1/8589934592 dia
- Retratto di 1/17179869184 dia 1/17179869184 dia
- Retratto di 1/34359738368 dia 1/34359738368 dia
- Retratto di 1/68719476736 dia 1/68719476736 dia
- Retratto di 1/137438953472 dia 1/137438953472 dia
- Retratto di 1/274877906944 dia 1/274877906944 dia
- Retratto di 1/549755813888 dia 1/549755813888 dia
- Retratto di 1/1099511627776 dia 1/1099511627776 dia
- Retratto di 1/2199023255552 dia 1/2199023255552 dia
- Retratto di 1/4398046511104 dia 1/4398046511104 dia
- Retratto di 1/8796093022208 dia 1/8796093022208 dia
- Retratto di 1/17592186044416 dia 1/17592186044416 dia
- Retratto di 1/35184372088832 dia 1/35184372088832 dia
- Retratto di 1/70368744177664 dia 1/70368744177664 dia
- Retratto di 1/140737488355328 dia 1/140737488355328 dia
- Retratto di 1/281474976710656 dia 1/281474976710656 dia
- Retratto di 1/562949953421312 dia 1/562949953421312 dia
- Retratto di 1/1125899906842624 dia 1/1125899906842624 dia
- Retratto di 1/2251799813685248 dia 1/2251799813685248 dia
- Retratto di 1/4503599627370496 dia 1/4503599627370496 dia
- Retratto di 1/9007199254740992 dia 1/9007199254740992 dia
- Retratto di 1/18014398509481984 dia 1/18014398509481984 dia
- Retratto di 1/36028797018963968 dia 1/36028797018963968 dia
- Retratto di 1/72057594037927936 dia 1/72057594037927936 dia
- Retratto di 1/144115188075855872 dia 1/144115188075855872 dia
- Retratto di 1/288230376151711744 dia 1/288230376151711744 dia
- Retratto di 1/576460752303423488 dia 1/576460752303423488 dia
- Retratto di 1/1152921504606846976 dia 1/1152921504606846976 dia
- Retratto di 1/2305843009213693952 dia 1/2305843009213693952 dia
- Retratto di 1/4611686018427387904 dia 1/4611686018427387904 dia
- Retratto di 1/9223372036854775808 dia 1/9223372036854775808 dia
- Retratto di 1/18446744073709551616 dia 1/18446744073709551616 dia
- Retratto di 1/36893488147419103232 dia 1/36893488147419103232 dia
- Retratto di 1/73786976294838206464 dia 1/73786976294838206464 dia
- Retratto di 1/147573952589676412928 dia 1/147573952589676412928 dia
- Retratto di 1/295147905179352825856 dia 1/295147905179352825856 dia
- Retratto di 1/590295810358705651712 dia 1/590295810358705651712 dia
- Retratto di 1/1180591620717411303424 dia 1/1180591620717411303424 dia
- Retratto di 1/2361183241434822606848 dia 1/2361183241434822606848 dia
- Retratto di 1/4722366482869645213696 dia 1/4722366482869645213696 dia
- Retratto di 1/9444732965739290427392 dia 1/9444732965739290427392 dia
- Retratto di 1/18889465931478580854784 dia 1/18889465931478580854784 dia
- Retratto di 1/37778931862957161709568 dia 1/37778931862957161709568 dia
- Retratto di 1/75557863725914323419136 dia 1/75557863725914323419136 dia
- Retratto di 1/151115727451828646838272 dia 1/151115727451828646838272 dia
- Retratto di 1/302231454903657293676544 dia 1/302231454903657293676544 dia
- Retratto di 1/604462909807314587353088 dia 1/604462909807314587353088 dia
- Retratto di 1/1208925819614629174706176 dia 1/1208925819614629174706176 dia
- Retratto di 1/2417851639229258349412352 dia 1/2417851639229258349412352 dia
- Retratto di 1/4835703278458516698824704 dia 1/483

LIBIA CORRETORA DE SEG. L^{da}

04 SET. 2018

455



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente JOSE CLAUDIO LEITE portador do documento 7
necessita de 120 (dois) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.
CID: S621

FORTALEZA, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRMCE 5253

Dr. Josafá Fernandes
Médico - Oftalmologista
CPF: 007.29.45.029-74



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente JOSE CLAUDIO LEITE portador do documento 7
necessita de 120 (dois) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.
CID: S621

FORTALEZA, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRMCE 5253

Dr. Josafá Fernandes
Médico - Oftalmologista
CPF: 007.29.45.029-74

LIBIA CORRÊTORA DE SE

04 SET. 2018

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOSE CLAUDIO LEITE		Nº DO REGISTRO 5106582		Nº DO SE 274293	
CACHUE		NASCIMENTO 06/03/1964(54 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA LEDA LEITE		NOME RESPONSÁVEL NI		RACÃO PARDO	
ENDEREÇO NI		MUNICÍPIO		UF CE	
CÓDIGO		CEP NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
CLASSE CLIENTE, VITIMA DE COLISÃO ENTRE MOTOS, LUXAÇÃO SEGUNDO O SAMU O MESMO E PORTADORES DE HAS+DM, LUXAÇÃO EM JOELHO DIREITO.				MOTIVO AValiação TRAUMATOLOGICA	
SINTOMAS DORES EM Membro AFETADO.				ESCALA DE RISCO 2 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PULSO NI KC		PRESSÃO ARTERIAL NI		SAT DE O2 NI	
TEMPERATURA NI °C		RESPIRAÇÃO NI		PULSO NI	
		NÃO SABE INFORMAR.		SINUS NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 01/06/2018 19:51:29	

NOME DO RESPONSÁVEL 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA DE ATENDIMENTO	
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE fratura de t. proximal do fêmur D.			
Involução cirúrgica / Pele íntegra, sem ferimentos.			
Obs: paciente não quis ficar internado para.			
DIAGNÓSTICO		CÓDIGO PROCEDIMENTO	
SISTEMAS () HC () BU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X		() OUTROS	
(030508020)			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	
Orientado a retornar o mais rápido possível.			
Rx / xolo / AINE / retardo			
TIPO DE ALTA		OBSERVAÇÕES	
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMPL () ANAT. PATOL.			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CURSO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 01/06/2018 19:51:29
Declaro serem 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.

CONFIRMAÇÃO DO ORIGINÁRIO

23/06/18

[Assinatura]

JOSE CLAUDIO LEITE

Coordenado pelo SAMU em...

[Assinatura]

04.055.197/0012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

Av. João ...

Fortaleza

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



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

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

[illegible]

JOSE CLAUDIO LEITE

82 535 1470012-05
HOFMANN DISTRIKT EDWARDS
BAYNOR, N. CALIFORNIA
At: 10000 1000 1000 1000
Hofmann - 1000 1000 1000

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

155:



SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSÉ CLAUDIO LEITE

IDADE: 54 ANOS

SEXO: M

EST. CIVIL:

FONE: (85) 998 23 5224

ENDEREÇO: ESTRADA DO FIO 3506, BAIRRO: TIMBOÍ

MUNICÍPIO: EUSEBIO UF: CE

1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO:

☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO;

☐ OUTROS: LAUDOS MÉDICOS, PROCTURAR MÉDICO, EXAMES

COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM 05/05/2018 E ALTA EM

PARA FINS DE DPVAT

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
(Anexar Doc. 1)

☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS
(Anexar Doc. 1, 2 e 3)

☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO
(Anexar Doc. 1, 3 e 4)

☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ
(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.

REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

☐ O REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE

Fortaleza - CE em / /

Assinatura do Recebedor

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Datas { Entrada
Saída do JIF

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: Desaparecido - CRLV extraviado

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

Fortaleza- CE, 12 de julho de 2018.



DECLARANTE

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LÍDER

04 SET. 2018

ASS: _____

DR. FERNANDO RABELO DA SILVA

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA

RELATÓRIO MÉDICO

P/ José Claudio Leite.

Segundo o B.O. N° 155714, o paciente supracitado, sofreu acidente de trânsito (moto), e/ consequente fratura intraarticular do platô tibial do joelho direito, foi submetido a duas cirurgias e/ osteossíntese e, fisioterapia. está de alta definitiva. ficou e/ sequelas funcionais no joelho direito.

cid: S. 82-1.

Fortaleza: 23/11/2018.

Fernando Rabelo da Silva
Ortopedia - Cirurgia da Mão
CRM 3630

DR FERNANDO RABELO DA SILVA

CRM-3630

RUA GUILHERME ROCHA, 1201 - CENTRO-FORTALEZA - CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA SAUDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: JOSE CLAUDIO LEITE

DOC. IDENTIDADE / OUT. HABITACAO: 8354 CAT. DF

CPF: 385.106.851-34 DATA NASCIMENTO: 06/03/1964

Função: SAIMEIRO LEITE LACONIM
MARIA LIDA LEITE

PERMISSÃO: ACC. OUT. 10

Nº PERMISO: 00208445452 VIGENCIA: 1/08/2013 06/03/1982

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 972916551

SEM OBSERVAÇÃO:

Jose Claudio Leite

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSAO: 12/08/2014

(m. V. L. - 2/1) 86504450334
96143221396

DETRAN - CE (COFAT)

PROBADO PLASTIFICAR 972916551

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ALISSON GOMES AGUIAR

PAIS
FRANCISCO JOSE AGUIAR ARRUDA
LUCILENE BARBOSA GOMES AGUIAR

INTERACAO
FORTALEZA-CE

DATA DE NASCIMENTO
23/12/1987

CPF
032.594.583-79

RG
99010275494 - SSP/CE

DATA DE EXERCICIO
01/07/2006

SIM

VALIDEZ
ALISSON GOMES AGUIAR
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE INTELIGÊNCIA
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALISSON GOMES AGUIAR

DOCUMENTOS / DATA EMISSÃO
99010275494 - SSP/CE

CPF
032.594.583-79

DATA NASCIMENTO
23/12/1987

PAIS
FRANCISCO JOSE AGUIAR
ARRUDA
LUCILENE BARBOSA GOMES
AGUIAR

PROFISSÃO
ADVOCADO

DATA
04/10/2021

VALIDADEZ
21/07/2006

EXERCE ATIV REMUNERADA:

ASSINATURA
Alisson Gomes Aguiar

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA FUBRO
27/10/2016

CPF
68928148654

CEI
CEI55H14516

PROIBIDO PLASTIFICAR

1403903097

LIRIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

55:

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

RESTRIÇÕES

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

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ACC

ECT AVISO DE CHEGADA AC EUSEBIO

23/05/2018 - 14:31

Versão

ETIQUETA LÓGICA PAC PP	AR: N° : PP 64640731-3 BR	Data de entrada : 23/05/2018
MP: Sigla : PP		Comparecer até : 31/05/2018
		N° 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):	Identidade:
retirar o objeto.	
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: _____

3260-2647
CLAS

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
CPT - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PODERANT DIREITO

Jose Claudio Leite
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 425.312 DATA 22/02/2000

NOME **JOSE CLAUDIO LEITE**

FILIAÇÃO **Raimundo Leite Landie
Maria Leda Leite**

NATURALIDADE **Brasília-DF** DATA DE NASCIMENTO **06/03/1964**

DOO ORGEM

C. Nasc. Nº 16.665, Fls. 11V, Liv. A-17,
Brasília/DF
385.106.851-34

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83