

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10202221

A/C: EDIVALCI ALVES PEQUENO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160733754 ASL-1189418/16
Vitima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO
Data Acidente: 11/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/04/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10202237

A/C: EDIVALCI ALVES PEQUENO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160733754 ASL-1189418/16
Vitima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO
Data Acidente: 11/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2017

Carta nº: 11084049

A/C: EDIVALCI ALVES PEQUENO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160733754 ASL-1189418/16
Vitima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO
Data Acidente: 11/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/04/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2017

Carta nº: 11241914

A/C: EDIVALCI ALVES PEQUENO

Sinistro: 3160733754 ASL-1189418/16
Vítima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO
Data Acidente: 11/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2017

Carta nº 11394248

A/C: EDIVALCI ALVES PEQUENO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160733754 ASL-1189418/16
Vitima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO
Data Acidente: 11/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2017

Carta nº 11531464

A/C: EDIVALCI ALVES PEQUENO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160733754 ASL-1189418/16
Vitima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO
Data Acidente: 11/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Carta nº: 11982391

A/C: EDIVALCI ALVES PEQUENO

Nº Sinistro: 3160733754
Vítima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO
Data do Acidente: 11/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: EDIVALCI ALVES PEQUENO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 001

Agência: 000000991-1

Conta: 000010007545-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160733754 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NOSSA SENHORA DA CONCEICAO n° SN - DO ALTO - BREJO DOS SANTOS/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4270392-2 - SSP**
Data local do exame: **18/07/2017 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura diafisária do rádio direito + luxação da articulação rádio ulnar distal

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

cirurgia ha 1 ano e 3 meses, com osteossíntese. evoluiu com instabilidade da articulação rádio ulnar distal, limitação leve da flexoextensão e déficit residual da força de carga do membro

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

repercussão funcional residual no membro superior direito

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 18/07/2017

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de Joelho e Ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Wesley de Oliveira Pequeno

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.270.392

EXPEDIDO POR SSP-PB

EM 02/10/14 E

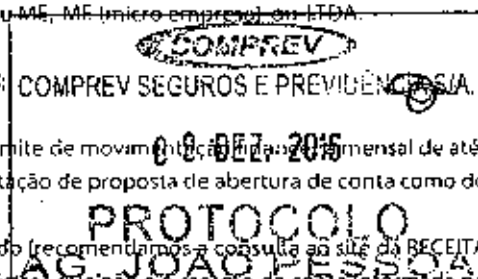
CPF 702688294-54 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wesley de Oliveira Pequeno, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro-empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0991-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 22-118-X

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Tapera PB 06 de outubro de 2016 Wesley de Oliveira Pequeno
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente no data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de segurn prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DOCUMENTO 1 *T11%*

Nº DO SINISTRO



PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento indenização no banco.

Eu Edivalci Alves Pequeno

PORTADOR(A) DO RG Nº 358673367

EXPEDIDO POR SSY.PB

EM 05/12/08

CPF 840269824-87 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agrícola

É RENDA MENSAL DE R\$ Receita 12 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wesley de Oliveira Pequeno. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner color escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

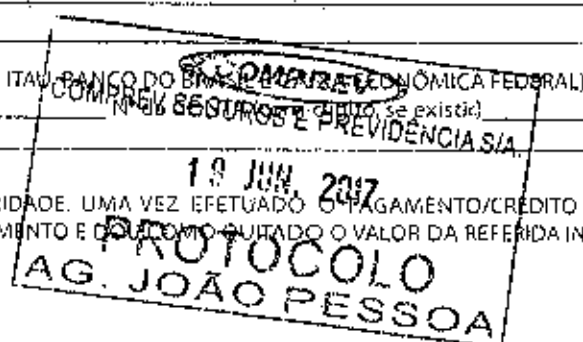
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0991-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 22.178-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0991-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E QUITO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



Japiracá PB 22 de Fevereiro de 2017
LOCAL E DATA

EDIVALCI ALVES PEQUENO
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Wesley Oliveira Pequeno

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodntransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DOCUMENTO 1 "T1%"

Nº DO SINISTRO



PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edivalves Alves Pequeno

PORTADOR(A) DO RG Nº 358673367 EXPEDIDO POR SSP-PR EM 05/12/08 E

CPF 840269524-87 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wesley de Oliveira Pequeno, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0991-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 22.118-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE E PREVEJO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS. RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

COMPREV

19 JUN. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 13 de Fevereiro de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Wesley Oliveira Pequeno



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

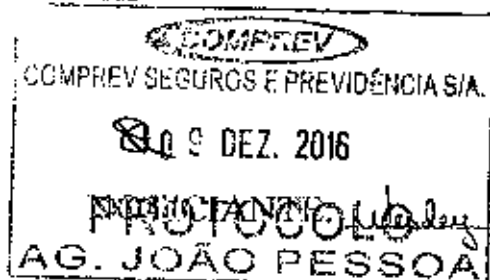


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
54ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE DESTERRO-PB



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2016, constatei a Ocorrência Policial nº **075/2016** cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos 12 (doze) dia do mês de julho do ano de dois mil e dezesseis nesta cidade de Desterro-PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. ADJUTO DIAS DE ARAÚJO NETO, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrevê *ad hoc*, às 15h compareceu a esta Delegacia: **EDIVALCY ALVES PEQUENO**, brasileiro, nascido aos 20/05/1972, filho de Osvaldo Alves Pequeno e de Generina Andrade Pequeno, portador do RG nº 358673367 SSP/PB, residente na rua Nossa Senhora da Conceição nº 76 - centro - Taperoá /PB, prestou a seguinte ocorrência: **QUE** o noticiante afirma que na data de 11/04/2016, por volta das 22:40 horas, conduzia a motocicleta Honda NXR 160 Bros ESDD, cor vermelha, ano de fabricação e modelo 2015, placa OEX4701/PB, chassi 9C2KD0810FR489586, licenciada em seu nome, trafegando pela rodovia PB 238, no sentido Desterro/Taperoá/PB, levando como passageiro seu filho **WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO**, brasileiro, solteiro, estudante, com 15 anos, filho de Zelia Maria de Oliveira Pequeno e do noticiante, com quem reside, quando em virtude de buracos existentes na pista de rolamento, perdeu o controle da motocicleta e caíram, tendo seu filho Wesley sofrido fratura no antebraço direito; **QUE** o próprio noticiante socorreu a vítima para o Hospital de Taperoá/PB, de onde o mesmo foi transferido para o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB. Era o que continha o teor da presente ocorrência. **TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL**, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).--



Desterro-PB, 12 de julho de 2016

Janduíma
Janduíma Guedes de F. Rodrigues
Escrivã de Polícia
Mat. 139.419-3

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Wesley de Oliveira Pequeno, portador da carteira de identidade nº 4.270.392, e inscrito no CPF/MF sob o nº 702.688.294-54, residente e domiciliado na N. Senhora dos Remédios - Sítio Do Alto, Cidade Taperoá, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3*

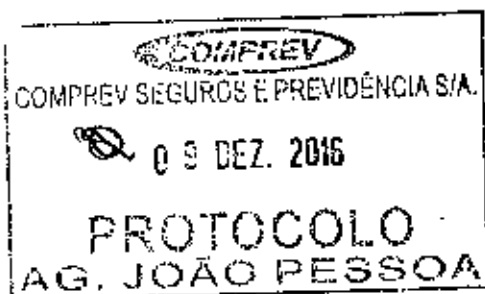


Wesley de Oliveira Pequeno

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Taperoá PB. 06.10.2016

Local e data



Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº006-145-22
Código para Débito Automático: 00013012351

Canal de contato

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 DEZ. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EDIVALCI ALVES PEQUENO
RUA N SRA DA CONCEICAO, SN DO ALTO
TAPEIRA / PB CEP: 58200-000 (AQ-05)

Classe/Grupo: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Retro: 2 - 00 - 010 - 4200
Nº medidor: 0000889854
Referência: Mar/2018
Emissão: 07/03/2018

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Canto Verde - João Pessoa/PB - CEP 58071-400
CNPJ 03.055.103/0001-40 Insc Est 18.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.145.238
Código para DTE Automático: 00017012733

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1701273-3**

Mar/2018

Canal de contato

Apresentação

07/03/2018

Data prevista da próxima leitura

05/04/2018

CPF/CNPJ/RANI

BR02852487

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 02/03/2018 PAGAS
OBRIGADOR

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 03/02/18 Leitura: 20	Data: 01/03/18 Leitura: 28	1	8	33
Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Custo de Disponibilidade			12,54	
Adc. B. Vermelha			0,03	
Adc. B. Amarela			0,10	
PS			0,15	
COFINS			0,72	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRIB. ILLUM PUBLICA			2,00	
JUROS DE MORA 02/2018			0,08	
MULTA 02/2018			0,20	
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DSC 12/2015			-0,24	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2015			0,11	

HISTÓRICO DE CONSUMO
(kWh)

Fev/18	5
Jan/18	9
Dez/17	4
Nov/17	3
Out/17	2
Sep/17	0
Ago/17	0
Jul/17	1
Jun/17	0
Maio/17	0
Abr/17	0
Mar/17	0

Média dos últimos meses
2 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PS	14,20	1,1100	0,16
COFINS	14,20	5,0800	0,72

VENCIMENTO

14/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 16,45

338e.9e12.9ab9.9cf0.1ad9.a287.c4a6.341c

Indicadores de Qualidade 12018-Janeiro

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão
DIC MENSAL	6,50	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,84	0,00
DIC ANUAL	25,89	0,00
FIC MENSAL	3,50	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,97	0,00
FIC ANUAL	13,85	0,00
DICQ	5,89	0,00
DICRI	12,22	0,00

Data referência	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia - PD	4,78	28,57
Custos de Exatidão	6,88	41,88
Serviços de Transmissão	0,37	2,22
Encargos Setoriais	1,51	9,05
Impostos Diretos e Encargos	3,25	19,47
Outros Serviços	0,11	0,66
Total	16,89	100,00

Valor do RUSD (Dez 1 2018) R\$ 6,00

ATENÇÃO

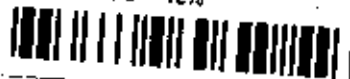
• Leitura confirmada

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 DEZ/2016

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

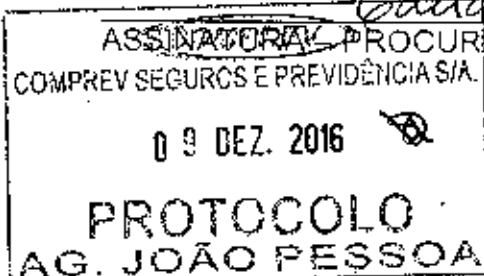
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Candido Marcelo Norte, portador(a) do RG nº 269.689, expedido por SSP. PB., em 31 / 10 / 73, CPF/CNPJ nº 087.007.964-68,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Wesley de Oliveira Pequeno do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Wesley de Oliveira Pequeno, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ Recebeu-se a Informar

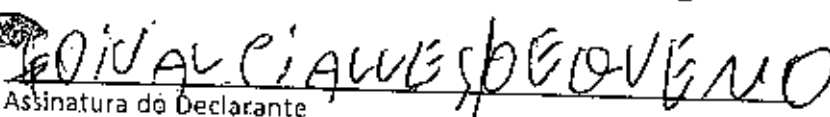
Documentos comprobatórios: PNH. Comprovante de Residência

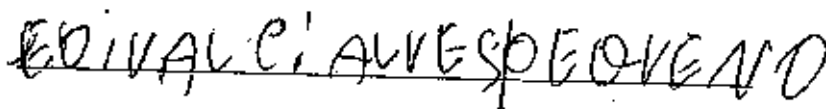


Candido Marcelo Norte
ASSINATURA DO PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edivaldo Alves PequenoRG nº 358673367, data de expedição 22/06/99Órgão _____, portador do CPF nº 840.769.524-87, com domicílio na cidade de Taperoá, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Mossa Senhora da Conceição, nº 76,complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Wesley de Oliveira Pequeno cujo o condutor era Edivaldo Alves Pequeno.Veículo: motoModelo: Honda / NXR 100 R100 P300Ano: 2015 - 2015Placa: DEX 4701 PBChassi: 9C2 K00810FR 489586Data do Acidente: 11-04-2016Local e Data: proxima q Rodovia Taperoá
Taperoá PB. 06.10.2016

Assinatura do Declarante



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

serviços Notariais e Reg.

Rua Manoel Dantas Vilar, 95 - Centro

Fone/Fax (083) 3463-2578

Reconheço ☒ a autenticidade da assinaturae/ou, firma Edivaldo AlvesElet. nº FE 100 - Data de Reg. nº 100*Selo Digital: 22/06/2016Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.org.br>

Taperoá/PB. 11.04.2016

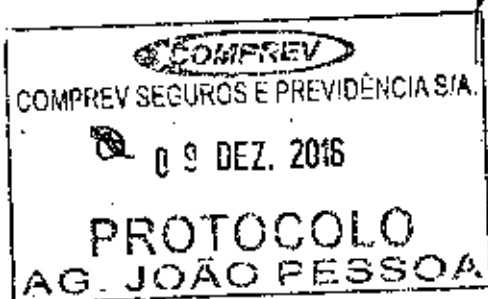
Carlos Roberto 2. Filho

Mafalda Araújo Fernandes

Tabelião/Oficial



Carlos Roberto 2. Filho
ESCREVENTE



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE

DATA DO ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO

FICHA

DIAGNOSTICO

PROCEDIMENTO

MEDICO (CARIMBO)

DOCUMENTO 5 "T59%1"



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

09 DEZ. 2016

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ - ANTONIO HILARIO DE GOUVEIA
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)



GERIR
Instituto de Gestão em Saúde

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ
CNES: 2757664 (FONE: (83) 3463.2298) CNPJ: 08.778.268/0043-10
ENDEREÇO: RUA EPITÁCIO PESSOA, 313 BAIRRO: CENTRO CEP:
MUNICÍPIO: TAPEROÁ ESTADO: PB MUNICÍPIO: 25

PACIENTE:

NOME: Wesley Oliveira Pequeno IDADE: 15 SEXO: M
PROFISSÃO: DOCUMENTO:
ENDEREÇO: Albion de Souza Maciel BAIRRO: CEP:
MUNICÍPIO: Taperoá ESTADO: UF:
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: CNS: 160640856070003
DATA DE NASCIMENTO: 21/05/2000 DATA DO ATENDIMENTO: 21/04/16
CARÁTER DO ATENDIMENTO: RAÇA / COR:

DADOS CLÍNICOS

Amel L. Mont.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 DEZ. 2016

MATERIAL A EXAMINAR

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAMES SOLICITADOS

CID-10

R. / Branco

Jaqueline Mayara Vilar
TÉCNICA EM RADIOLOGIA
CNPJ 07.101.101

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Dr. Sebastião...
Clínico Geral

ASS. DO PACIENTE

CRM 1220

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Wesley de O. Pereira

DATA DO ATENDIMENTO:

14.04.16

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

fr + distúrbio RSI

PROCEDIMENTO:

ex. cit. RSI

MÉDICO (CARIMBO):

A. D. S. [assinatura]

MOD. 120

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 DEZ. 2016

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		Wesley de Oliveira		Nº do Prontuário	
Data da Cirurgia	Ent.	Loto			
Cirurgião	1º Auxiliar				
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador		
Anestesia	Tipo de Anestesia				
Diagnóstico Pré-Operatório					
Tipo de Cirurgia					
Diagnóstico Pós-Operatório					
Relatório imediato do Patologista					
Exame Radiológico no Ato					
Acidente Durante a Cirurgia					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 DEZ. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1) Amot + out
2) Acem + out
3) Ret. fct.
4) Ex. vên. + vên. púscas
5) Ret. vên. + out. vên.

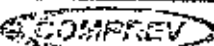
Dr. [Signature]
CRM: 50000
CRM: 50000
CRM: 50000

DR. JOAQUIM S. L. BORBONE
TEL: 9876

CEB: PB 535
RAM: PLE 4603

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 DEZ. 2016
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

UNIAO DE SAUDE DO DE EMERGÊNCIA IZ GONZAGA FEF


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 DEZ. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cartão Pequeno

Diagnóstico

Fratura de M50 (Bulky)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Wesley de Oliveira Paes		
Alojamento	2		
Leito	4		
Convênio			

[illegible]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

09/09/2016

PROTÓCOLO
AG. UOAG PESSOA

Sr(a): WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO
Dr(a): RODOLFO COIMBRA BATISTA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000269388
Data: 12-04-2016 08:22
Idade: 15 anos

RG: ORS INFANTIL
Origem: OBSERVAÇÃO
PEDIÁTRICA
Destino: OBSERVAÇÃO
PEDIÁTRICA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/04/2016 08:31]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.50 milhões/mm ³	3.2 a 5.2 milhões/mm ³
Hemoglobina	12.6 g/dL	12.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito	37 %	33.6 a 48.6 %
V.C.M.	82 fL	82.0 a 92.0 fL
H.C.M.	28 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.	34 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

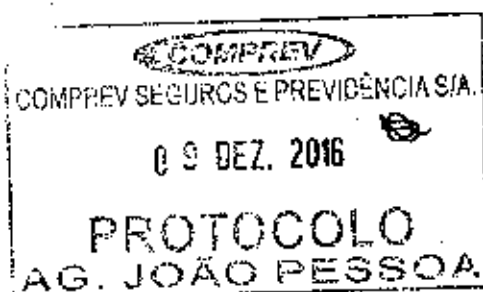
SÉRIE BRANCA

Leucócitos	5.300 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.500 a 13.500 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	159	
Segmentados	74,0	3.922	40 a 70 % - 1.000 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos	2,0	106	0,5 a 5,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos	0	0	0,0 a 2,0 % - até 200 / mm ³
Linfócitos			
Típicos	19,0	1.007	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos	0	0	
Monócitos	2,0	106	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	210.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Assinatura
Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411



Sr(a):	WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO	Protocolo:	0000269388	RG:	OBS INFANTIL
Dr(a):	RODOLFO COIMBRA BATISTA	Data:	12-04-2016 08:22	Origem:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	15 anos	Destino:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA

GLICOSE (JEJUM)..... 97 mg/dl

[DATA DA COLETA: 12/04/2016 08:22]
Material: Plasma
Método: Automatizado CM 200 WIENER

Valores de Referência: -
Pré-termo... 20 a 60 mg/dl - Crianças... 60 a 100 mg/dl
Termo... 30 a 80 mg/dl - Adultos... 50 a 100 mg/dl
1 a 5 dias... 40 a 80 mg/dl - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dl
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum... 110 a 125 mg/dl
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 125 mg/dl.
NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes
Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e
se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

CREATININA

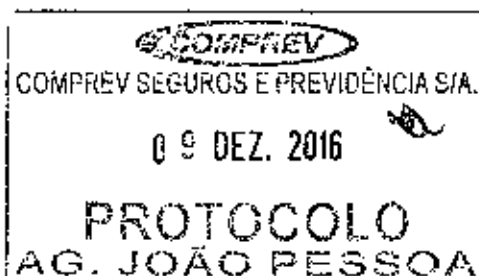
[DATA DA COLETA: 12/04/2016 08:32]

Resultado **0,6 mg/dl**

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças... 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos... 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Urela, Depuração
da Creatinina e Sumário de
urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo
diplazona e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:
Material: Soro
Método: Automatizado CM 200 WIENER

Assinatura
Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411



Sr(a):	WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO	Protocolo:	0000269388	RG:	OBS INFANTIL
Dr(a):	RODOLFO COIMBRA BATISTA	Data:	12-04-2016 08:22	Origem:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	15 anos	Destino:	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA

TEMPO DE COAGULACAO 6'00" min

(DATA DA COLETA: 12/04/2016 08:22)

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO

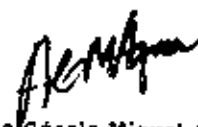
2'00"

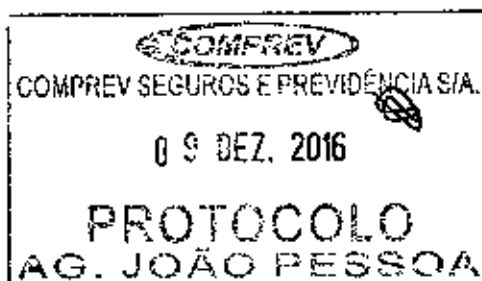
(DATA DA COLETA: 12/04/2016 08:32)

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos


Ana Cássia Miguel Agre
Biomédica
CRM 5411





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr. (a) Wesley

750. 150000
portador (a) da carteira de identidade nº _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido por mim no dia de hoje, às _____ horas,

portador da patologia CID 10 S32.4

devendo ficar afastado(a) de suas atividades laborais por um período de 30 dias, a partir desta data.

Queimadas, PB, 10 de Set de 2016

[Assinatura]
Dr. Antonio Nelbi Fernandes
ORTOPEDISTA
CRM-PB 2982
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

Autorizo o(a) Dr.(a) _____

A registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) Paciente ou responsável legal

1ª VIA: PACIENTE - 2ª VIA: ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Projetada, s/n - CEP: 58.475-000 - Queimadas - PB - CNPJ: 08.778.268/0048-24

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 DEZ. 2016

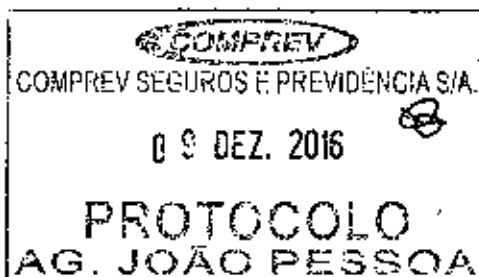
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cliente
Nome
WESLEY OLIVEIRA PEQUENO
Agência
0991-1
Conta
22.118-X
Movimento

Data	Dep. origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
25/04/2016		Saldo Anterior			
27/10/2016	0991-1	DEPOSITO	57.578.058.170 371	10,00 C	10,00 C
27/10/2016		SALDO			10,00 C

Juros *
Data do Débito de Juros
0,00
IOF *
01/11/2016
Data do Débito de IOF
0,00
(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários do mês anterior ao débito.
01/11/2016
Informações Adicionais
A TARIFA DESSE EXTRATO NAO SERA COBRADA
Impresso em 27.10.2016 às 15:51:44

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012426754321
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM 20160100005585-5 EXERCÍCIO
1 0107617784-8 00/00000000 2016

NOME
EDIVALCI ALVES PEQUENO

84026952487

PLACA
OEX4701/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KD0810FR489586

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

AS/MOTOCICLE/MAO APLIC

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015-2015

CAP./POT./CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/162 /CI

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC./COTAS

IPVA PAGO EM

25/01/2016

1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

25/01/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

INSCRIÇÃO - PB

LOCAL

DATA

32875

28/01/2016

14479

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VITA PRESTRE DO DONO SUO CARGA/APESSO
MAIS OBRIGADO O LÍDER SEGURO DPVAT

PB Nº 012426754321 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 1/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2016

8/01/2016

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

84026952487

1

OEX4701/PB

RENAVAM

MARCA/MODELO

01076177848

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

CHASSI

NO CHASSI

2015

9

9C2KD0810FR489586

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO

P A G O

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

25/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

14478-0845456-20160128

5102-100

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
28 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160733754 **Cidade:** Desterro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO **Data do acidente:** 11/04/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de galeazzi direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160733754

Cidade: Desterro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WESLEY DE OLIVEIRA PEQUENO

Data do acidente: 11/04/2016

Seguradora: COMPREV SEGURADORA
S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura diafisária do rádio direito luxação da articulação rádio ulnar distal

Descrição do exame médico pericial: repercussão funcional residual no membro superior direito

Resultados terapêuticos: cirurgia ha 1 ano e 3 meses, com osteossíntese. evoluiu com instabilidade da articulação rádio ulnar distal, limitação leve da flexoextensão e déficit residual da força de carga do membro

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/07/2017

Conduta mantida:

Observações: *NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Edivaldo Alves Pequeno
 Nacionalidade: Tapirera
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 35867 3367
 CPF: 840-269-534-87
 Profissão: Agricultor
 Endereço: rua Serradora da Condição
 CEP: 58680-000
 Telefone: 339683905

OUTORGADO:

Nome: CANDIDO MACEDO NORTE
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 269.689 - SSP/PB
 CPF: 087.007.964-68
 Endereço: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, Nº 1166-A, CENTENÁRIO, CAMPINA GRANDE-PB.
 CEP: 58.428-130
 TELEFONE: (083)3065.5017 / (083) 98769.6065

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Reclamar junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização por invalidez permanente/morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de únicos herdeiros, bem como qualquer documento/formulário inerente ao pedido de indenização, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

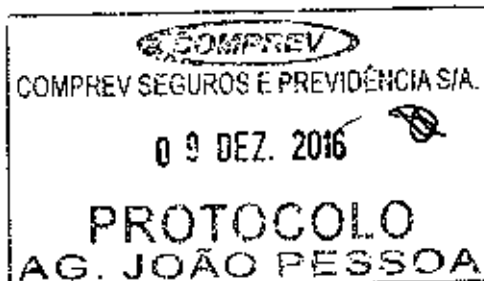
OBS: É RESPONSABILIDADE DO OUTORGANTE A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS APRESENTADOS E DISPONIBILIZADOS AO OUTORGADO. CIENTE DAS IMPLICAÇÕES LEGAIS CONTIDAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, O REFERIDO É VERDADE DOU FÉ.

Tapirera-PB - 18/04/2016.
 Local e Data

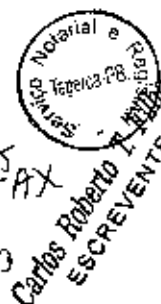


EDIVAL ALVES PEQUENO
 OUTORGANTE

OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE.



Serviços Notariais e Registrários
 Rua Manoel Dantas Vilar, 95 - Centro
 Fone/Fax (083) 3463-2578
 Reconheço por autenticidade a assinatura
 (des) firma Edivaldo Alves Pequeno
 CPF: 840-269-534-87
 *Selo Digital: 358673367
 Causa e autenticação em Tapirera-PB
18/04/2016
 Carlos Roberto Araujo Escrivente
 Tabelião Oficial



PROCURAÇÃO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Edivalci Alves Pequeno
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: solteiro
 Identidade: 35.867.337-7-SSP-SP
 CPF: 840.269.524-87
 Profissão: carpinteiro
 Endereço: R. D. de Souza Jacaré - 76
 CEP: 58.680-000 - Taperoá - PB
 Telefone: 83-988143256

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

28 MAIO 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUTORGADO:

Nome: CANDIDO MACEDO NORTE
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 269.689 - SSP/PB
 CPF: 087.007.964-68
 Endereço: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, Nº 1166-A, CENTENÁRIO, CAMPINA GRANDE-PB.
 CEP: 58.428-130
 TELEFONE: (083)3065.5017 / (083) 98769.6065

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Reclamar junto a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização por invalidez permanente/morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de únicos herdeiros, bem como qualquer documento/formulário inerente ao pedido de indenização, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É RESPONSABILIDADE DO OUTORGANTE A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS APRESENTADOS E DISPONIBILIZADOS AO OUTORGADO. CIENTE DAS IMPLICAÇÕES LEGAIS CONTIDAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, O REFERIDO É VERDADE DOU FÉ.

Taperoá, 04 de Maio de 2017.
Local e Data

EDIVALCI ALVES PEQUENO
OUTORGANTE

OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE.



RECONHEÇO, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de...
 EDIVALCI ALVES PEQUENO
 Em test. da verdade. Taperoá-PB 04/05/2017 08:33:30
 Mafalda Araújo Fernandes - Titular
 (2017-000631)EROL:RS 12.231 FARMENRS 0.27 FEPJ:RS 1.65
 SEL: DIGITAL: AEX61775-2100
 Confira a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>



so' filho d' pai

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Wesley de Oliveira Pequeno
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.270.392 EXPEDIDO POR SSPPB EM 02/10/14 E
CPF 702688299-59 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ Recuse (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wesley de Oliveira Pequeno, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0991-1 N° da CONTA (com dígito, se existir) 22-118-X

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 15 de agosto de 2017 Wesley de Oliveira Pequeno
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

EDIVALCI ALVES PEQUENO**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima:

702688294-54

Nome completo da vítima:

Wesley de Oliveira Pequeno

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo:

Edivalci Alves Pequeno

CPF titular da conta:

340-269-524-87

Profissão:

Recuso

Endereço:

Rua Nova da Comarca

Número:

50

Complemento:

Bairro:

Do Alto

Cidade:

Tapereçá

Estado:

Paraná

CEP:

58880-000

E-mail:

Telefone (DDD):

(85) 98769-6065

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

☒ RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRANCO (237)

☒ BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Somente para os bancos abaixo)

BANCO

Nome:

AGÊNCIA

UF:

AGÊNCIA

UF:

CONTA

UF:

0991

UF:

1

7545

0

(Informar digitos se existir)

(Informar digitos se existir)

(Informar digitos se existir)

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

J. Pessoa 09 de Novembro de 2017

Local e Data

Wesley Oliveira Pequeno

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

EDIVALCI ALVES DE QUEIROZ

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal