



18/01/2021

Número: **0823503-73.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38483756	18/01/2021 15:40	2777453_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Nº Sinistro: 3180157039

Vítima: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12650027

Pag. 01073/01074 - carta_01 - INVALIDEZ

00020537



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Sinistro: 3180157039

Vítima: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00833/00834 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12786135



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta nº 12852436

A/C: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

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

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01393/01394 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Carta nº 12934681

A/C: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

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

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00969/00970 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta nº: 12993017

A/C: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000104669-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01063/01064 - carta_15R - INVALIDEZ

00020532



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: 058.443.044-32 CPF da Vítima: 058.443.044-32 Nome completo da vítima: Alexandre de Melo Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Alexandre de Melo Lima</u>		CPF titular da conta	<u>058.443.044-32</u>	Profissão	<u>Decorador</u>
Endereço	<u>Rua Jose Tonares</u>		Número	<u>684</u>	Complemento	
Bairro	<u>Cruz das Armas</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>melo.dpvat@gmail.com</u>				Telefone (DDD)	<u>(51) 98888-0109</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>0026</u> D/V <u></u> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <u>030006567</u> D/V <u>5</u> (Informar dígito se existir)	BANCO Nome <u></u> NRO. <u></u>	AGÊNCIA NRO. <u></u> D/V <u></u>
		CONTA NRO. <u></u> D/V <u></u> (Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 04 de Abril de 2018
Local e Data

Alexandre de Melo Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 00596.01.2018.1.00.420

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

Dados do(s) Fatos:

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

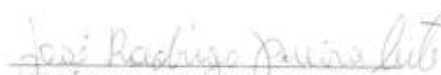
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

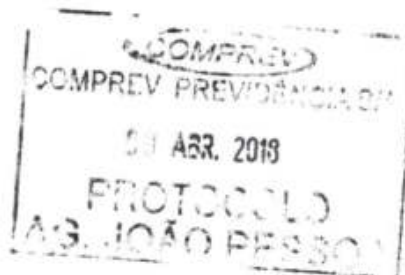
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD, PRETA, 2012/2012, PLACA MOW3892/PB, CHASSI 9C2KD0540CR527081, registrada em nome de JOSELI BORGES DA SILVA, quando perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0254/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA,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

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOSÉ RODRIGO PEREIRA LEITE
Noticiante



Procedimento Policial: 00596.01.2018.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Rodrigo Pereira Leite

CPF da Vítima

019.087.404-60

Data do Acidente

19/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

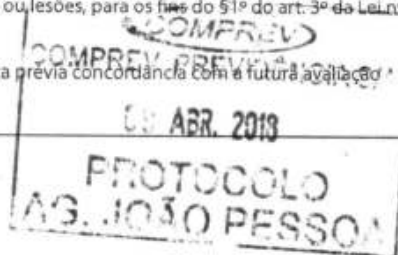
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



João Pessoa, 28 de Março de 2018
Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ato Declaratório

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

Ficha Nr: 79103 Atd: Nao Regu
Data: 19/11/2017
Hora: 16:33:46
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

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

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

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

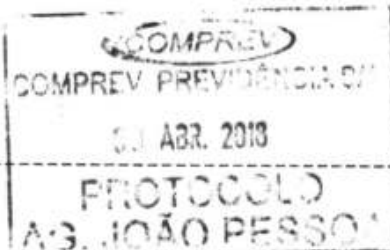
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal
QUEDA DE MOTO.

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame físico normal

Diagnostico

Rx mto de bco

Conduta

Rx fovea A3

Prescrição

Intem p/ bco

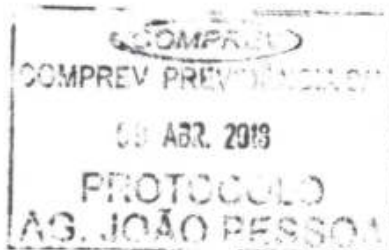
Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000104669-6

Nr. da Autenticação A2B4BE2306386CD3



Num. 38483756 - Pág. 12

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento não possui valor fiscal.

Documento não é seguro-via de coleta.

Preço para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica: N° 002.604.308



ENERGISA PARAJÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 280, Km 24 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-400
CNPJ 08.091.182/0001-40 www.energisa.com.br

DADOS DO CLIENTE		CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR			
DANILLO DE ARAUJO NOBRE LEITE RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 2015 L773 JOÃO PESSOA - PB		5/1082314-4			
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
FEV/2018	23/02/2018	183	02/03/2018	R\$ 378,30	

Acesse: www.energisa.com.br



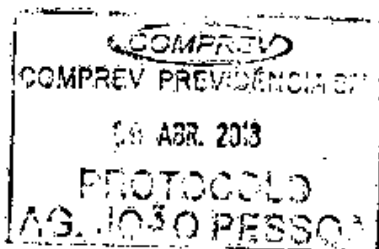
STATUS: VPD

DANILLO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Relatório 16-006-213-158

832300000000-878300148000-510823142018-402000000018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
02/03/2018	R\$ 378,30	10823142018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:40:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815405290300000036697039>

Número do documento: 21011815405290300000036697039



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20686>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 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 nº9.613/98.

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

☐ Declaro Profissão: Reluzo Renda: Reluzo e apresento os documentos comprobatórios:

Reluzo

☐ 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	Rua João Batista Carvalho Moura		Número	375	Complemento	AP 201
Bairro	Jd. Calvário		Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email	Welson.dpvat@gmail.com		Telefone comercial (DDD)	(83) 99100-3604	Telefone celular (DDD)	(83) 99811-5088

João Pessoa, 04 de Abril de 2018
Local e Data

Welson da Cunha Rêgo
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29638>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Daniel de Araújo Nobre Leite inscrito (a) no CPF 003.762.864 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Rodrigo Pereira Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.087.404 / 60 do sinistro de DPVAT cobertura Imováveis da Vítima João Rodrigo Pereira Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.087.404 / 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Francisco de Sales Ribeiro Autimbo</u>	Número	<u>209</u>	Complemento	<u>51208</u>
Bairro	<u>Bom</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
E-mail	<u>adnobre.dpvat@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 99310-5604</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99844-0088</u>

João Pessoa, 23 de Março de 2018
Local e Data

Daniel de Araújo Nobre Leite
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





Declaração do Proprietário do Veículo

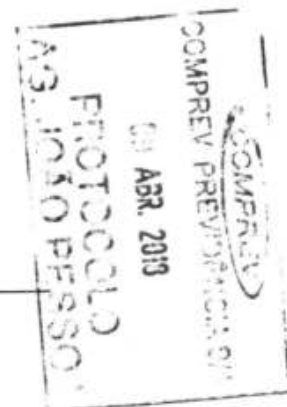
Eu, Joeli Borges da Silva, RG
nº 36581991 data da expedição 20 / 05 / 2008,
órgão SSP/PB, portador do CPF nº 110 608 899-80,
com domicílio na cidade de Alhandra, no estado
de Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Santa Rosa, nº 511,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da
lei que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data
do acidente ocorrido com a vítima João Rodrigo Pereira Leite, cujo
o condutor era João Rodrigo Pereira Leite.

Veículo: 1100 / Motocicleta / Não Aplic
Modelo: Honda / 1100 R150 Bros ESD
Ano: 2012 / 2012
Placa: MOW 38921 PB
Chassi: 9C2KD0540CR527081
Data do acidente: 19/11/2017
Local e Data: João Pessoa, PB 02/ março 2018

CARTÓRIO DE
MATA REDONDA



Joeli Borges da Silva
Assinatura do Declarante



Assinatura do condutor *

Assinatura da vítima reclamante do sinistro

CARTÓRIO RCPN DE MATA REDONDA

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

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

Do(a) fe. Alhandra/PB - 28/03/2018

Substituta: Luanna Ferreira Mendes Lira

Selo Digital: AGI95701-OTW

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

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

Felipe Manoel de Jesus



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:40:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815405290300000036697039>

Número do documento: 21011815405290300000036697039



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 23 ANOS	SEXO MASCULINO	COR	CLÍNICA ORTOPEDIA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 19/11/2017		DATA DE ALTA 23/11/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE TORNOZELO E				CID S82	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O MESMO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS SEM OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES CLÍNICA + EXAMES DE IMAGEM					
PROCEDIMENTO REALIZADO: RAFI COM PLACA 3,5					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÃO) PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA COM RAFI. EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS SISTÊMICAS OU ORTOPÉDICAS. EXAME NEUROVASCULAR NA ALTA SEM ALTERAÇÕES. PACIENTE DEVIDAMENTE ORIENTADO SOB SEU TRATAMENTO POSTERIOR A CIRURGIA E A NECESSIDADE DE SEGUIMENTO REGULAR CONFORME CONSULTAS PREVIAMENTE AGENDADAS					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: GERAL SEM RESTRIÇÕES OU CONFORME RESTRIÇÕES PREVIA DE PATOLOGIAS CLÍNICAS.					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 45 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA : Láv-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorre febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar de Mangabeira.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID					
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do DR HEISENBERG ALMEIDA em 15 dias para revisão.					
24/11/2017					
DATA			ASS. MÉDICO / CRM		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB







CERTIDÃO

Nº. 0254/2018

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

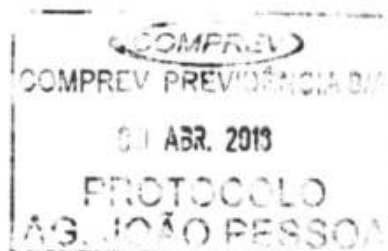
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado cirurgia dia 23/11/2017 e alta medica dia 24/11/2017.

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

João Pessoa, 09 de fevereiro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
55056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

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

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Reg.: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE

Doc. Responsavel: 93981430 / IDENTIDADE: 4086698

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violência por: NO RABO DO PAVAO CONDE

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Principal
QUEDA DE MOTO.

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico Rx mobilizado bld Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Intern p' C

BRASIL 2014 - OFF. ORTOPEdia
MANGABEIRA E TRAUMATOLOGIA

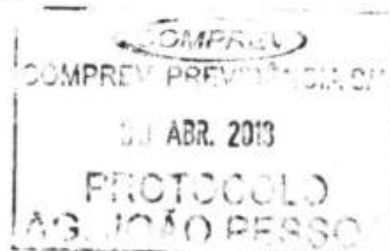




Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Jose Roberto Pereira Leite</u>		Data da Admissão: <u>18/11/14</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____			
QPD: <u>Dor em tríglo (E)</u>			
HDA: <u>Quando eu uso o frasco em tríglo (E)</u> <u>reparando dor + deformidade + tríglo (E)</u> <u>+ esclerose</u>			
COMPREV COMPREV PREVENÇÃO EM 30 ABR 2013 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____ ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: *ESCLEROTOMIA em joelho e p (E)*

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

U: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

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

Conduta: *Internar p. Cirurgia*

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







RELATÓRIO DE CIRURGIA

PACIENTE: JOSE RODRIGO PEREIRA LEITE				REGISTRO:	
IDADE: 23 ANOS	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA:	LEITO:
DATA: 23/11/2017	CIRURGIÃO: DR HEISENBERG ALMEIDA			1º AUXILIAR DR THALLES	
2º AUXILIAR DR MICAEL		3º ASSISTENTE: DR		INSTRUMENTADOR: ---	
ANESTESISTA: DRA MAIRA		TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA		HORÁRIO: Início: Término:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FRATURA DE TORNOZELO E					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 7 F					
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: 1 () Sim 2 (X) Não				DESCREVA:	
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: 1 () Sim 2 (X) Não					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

Incisão:

INCISÃO LATERAL NO TORNOZELO E

DISSECÇÃO POR PLANOS

Achados:

FRATURA DESVIADA DE MALEOLO LATERAL

Conduta:

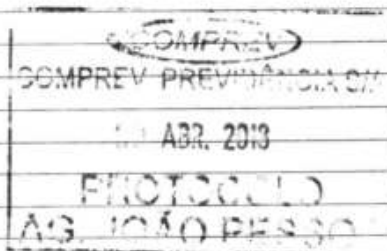
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 7F + INTERFRAGMENTAR SOB TV

RX CONTROLE

SUTURA POR PLANOS INVERSOS

CURATIVO

TALA BOTA



Fechamento:

OBS:

Data: 23/11/2017

MÉDICO/CRM





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
WEBER DA CUNHA REGO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
1207482 SSP PB

CPF
569.951.994-72

DATA NASCIMENTO
01/03/1968

RENAÇÃO
VICENTE DA CUNHA REGO

JOSEFA SOARES DA CUNHA
REGO

RENAÇÃO ACC CACHA
B

Nº REGISTRO
02849644421

VALIDADE
12/12/2018

1ª HABILITAÇÃO
21/01/1998

OBSERVAÇÕES

Webster da Cunha Rego
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
12/12/2013

Rodrigue Cunha Rego
ASSINATURA DO EMISSOR

06085645137
PB027623637

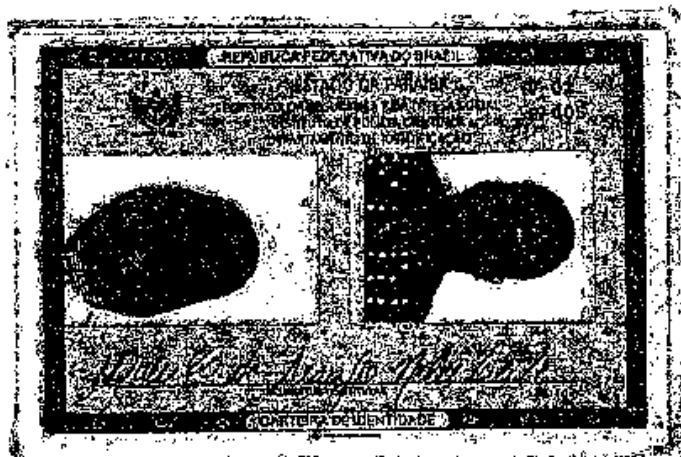
DETRAN PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
881588025

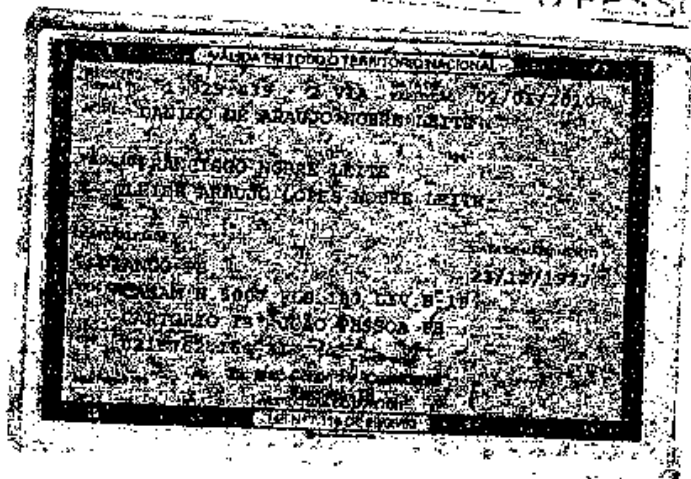
DIVISÃO PLASTIFICAR
881588025

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SP
08 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SA
09 Abr. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA





PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

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

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

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	031.087.409-60	João Rodrigo Pereira Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Rodrigo Pereira Leite	031.087.409-60	Aux de serviços
Endereço	Número	Complemento
Rua Pinguetaba	511	
Bairro	Estado	CEP
Vol. Sta Maria	PB	58320-000
Cidade		Telefone (DDD)
Conde		(83) 99100-5607
Email		
Nelu.opat@gmail.com		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Nº	Nº	BANCO	Nº
4033	404669	Nome	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	12 JUN 2018	
		AGÊNCIA	Nº
		Nº	DIV
		(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

	12 de Junho de 2018
Local e Data	
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001.V001/2017



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180157039**

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

Endereço do(a) Examinado(a):

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

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

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

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

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

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

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

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

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

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

LIMITAÇÃO MOTORA

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Alexandre de Melo Lira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Defensor Nº DO RG: 9.862.924
ORGÃO EMISSOR: CVH DATA DE EMISSÃO: 06/12/2013
Nº CPF: 058.441.044-12 ENDEREÇO: Rua Teófilo Torres
Nº 684, Cruz das Armas, João Pessoa, PB

OUTORGADO: INÉDIL DA CUNHA REGO
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Viúvo
PROFISSÃO: Procurador Nº DO RG: 1.207.482
ORGÃO EMISSOR: CVH DATA DE EMISSÃO: 12/10/2013
Nº CPF: 569.951.999-79 ENDEREÇO: Rua José Bonifácio de
Carvalho Moura, N. 375, Apt. 201, Bairro Jardim Cidade
Universitária

PODERES:

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

 João Pessoa, PB, 04 de Abril de 20 18.

X Alexandre de Melo Lira
Assinatura

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


CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSEFINO KUNTSCHKE, S/Nº - ERNESTO DÍAS - CEP 58055-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX 336 301-4078
Reconheço Por Autenticidade a firma de ALEXANDRE DE MELO LIRA, [108375], J. Pessoa - PB, 22/03/2018 17:00:36 Encl R\$9,48 Farpen: R\$0,28 Fepj: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA OSMO PEREIRA SILVA, Selo Digital AGR00522-XMR2 Consultar em



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

079.452.934-84

Nome completo da vítima

Erivaldo Oliveira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Erivaldo Oliveira da Silva	CPF titular da conta	079.452.934-84	Profissão	Mecânico
Endereço	Rua Maria Tereza da Nobrega	Número	935	Complemento	Lara
Bairro	Itoróia	Cidade	Patos	Estado	PB
Email	emmanuela@hotmail.com.br	CEP	58700-000	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003 (83) 8 8530-1858 (83) 9 9855-8424 (87) 9 9999-9976

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

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

- ☒ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (345)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

Nº

4982

DV

CONTA

Nº

016.076

DV

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

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

Patos - PB, 18 de Abril de 2018

Local e Data

Erivaldo Oliveira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034.084.409-60

Nome completo da vítima

João Rodrigo Pereira Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Rodrigo Pereira Leite	034.084.409-60	Aux de Serviços Gerais
Endereço	Número	Complemento
Rua Aristida	311	
Bairro	Cidade	Estado
St. Sta. Maria	Conde	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
joao_rdpv@dpvat@gmail.com	58322-000	(83) 99100-5607

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ 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	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO	CONTA NRO	AGÊNCIA NRO	CONTA NRO
1033	038104669		
D/V	D/V	D/V	D/V
	6		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

João Rodrigo Pereira Leite, 25 de Maio de 2018

Local e Data

João Rodrigo Pereira Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001 V001/2017

