

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11476620

A/C: DAVI OLIVEIRA MARCELINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170436097 ASL-0298293/17

Vitima: DAVI OLIVEIRA MARCELINO

Data Acidente: 25/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11476621

A/C: DAVI OLIVEIRA MARCELINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170436097 ASL-0298293/17

Vitima: DAVI OLIVEIRA MARCELINO

Data Acidente: 25/02/2017

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DAVI OLIVEIRA MARCELINO**

Nº Sinistro: **3170436097**
Vitima: **DAVI OLIVEIRA MARCELINO**
Data do Acidente: **25/02/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170436097**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

00010917



Carta nº 12374138



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PE _____

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, Davi Oliveira Marcelino

PORTADOR(A) DO RG Nº 1116997EXPEDIDO POR SSDP/PBEM 24/01/14

CPF 70285942405 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Aurélia
 E RENDA MENSAL DE R\$ 6.931,14. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Davi O. Marcellino, 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.**

SINCOR/PB

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1911 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35334-2

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.

J. Russa, 27 de Junho de 2017 Davi Oliveira Marcellino
 LOCAL E DATA

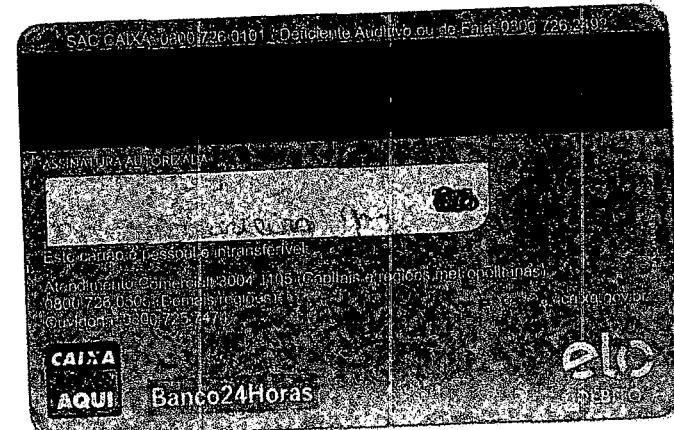
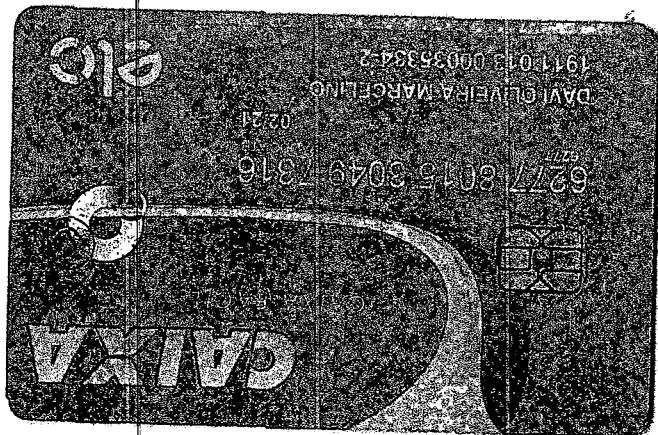
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 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.

25/05/96



SINCOR/PE

■ 2 AGO. 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01337.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01337.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:25 horas do dia 25 de julho de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Davi Oliveira Marcelino**, CPF nº 702.856.424-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar, filho(a) de Maria das Graças Oliveira Marcelino e Ivanildo Marcelino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/05/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rosinaldo Santana, Nº 853, complemento casa, bairro Alto da Boa Vista, tendo como ponto de referência Mercadinho Qui Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-2129.

Dados do(s) Fatos:

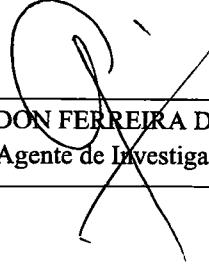
Local: Av Cruz das Armas, Outros, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/02/17 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

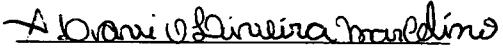
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA XRE 330 DE COR PRETA ANO 2016, PLACA QFM-3955-PB, CHASSI Nº 9C2ND1110GR000326, EM NOME DE LUCIA DE FATIMA DOS SANTOS, QUANDO COLIDIU COM UM ONIBUS NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 17/07/2017.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de julho de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao


DAVI OLIVEIRA MARCELINO
Noticiante

SINCOR/PB

02 AGO. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência de IML



0004

Eu, David Oliveira Marcelino, portador da carteira de identidade nº 4116997 e inscrito no CPF/MF sob o nº 702 856 424-05, residente e domiciliado na Rua Rosimundo Soentana nº 893 Alto B. Vista Cidade Bayeux, 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.

David Oliveira Marcelino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SINCOR/PB

02 AGO. 2017

1 pessoa a 27 de julho de 2017

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



0015

Eu, Dani Oliveira Maralino

RG nº 4116997, data de expedição 26/01/14, Órgão SSP/PB

CPF nº 102 856 424-05 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Rosimaldo Santanna</u>
Número	<u>Nº: 853</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Altô da Boa Vista</u>
Cidade	<u>Baixio.</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58300-000</u> 58308 650
Telefone de Contato	<u>9 8878-2129.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 1. Bessa 27-06-2017

Assinatura do Declarante: Dani Oliveira Maralino

SINCOR/PB

02 AGO. 2017



Dani

SINCOR/PB

02 AGO. 2017



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA**

A barcode graphic with the text "Documentação médica Hospitalar" printed above it in a bold, black, sans-serif font.

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 983568 e PRONTUÁRIO nº 49209

PACIENTE: DAVI OLIVEIRA MARCELINO

DATA DE NASCIMENTO: 25.05.96

Data e Hora do Atendimento: 25.02.17

Horário: 22:24h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE, trauma torácico contuso e enfisema subcutâneo e aparente déficit motor no membro superior esquerdo. Atendido pelo Dr. Francisco Queiroga CRM 6612, Dr. Alberto Araújo Barros CRM 10295, Dr. Francisco Guedes Neto CRM 6371, Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito CRM 7191, Dr. José Moreira dos Santos Neto CRM 7065.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO + HEMATOMA EPIDURAL LAMINAR FRONTAL + TRAUMATISMO TORACICO CONTUSO + HEMOPNEUMOTORAX BILATERAL + EMPIEMA + LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO + FRATURA DO 3º QUIRODACTILO DIREITO + LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA CID 10 S 06 0, S 27 0, J 86 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral e cirurgia torácica, Tomografia computadorizada de crânio, tórax, coluna cervical e abdome e tratamento cirúrgico com toracostomia com drenagem torácica fechada bilateral. Em 06.03.17 realizado descorticação pulmonar, broncoscopia flexível, toracotomia com drenagem pleural fechada para tratamento de empiema pleural. Em 15.03.17 realizado traqueostomia e tratamento conservador das lesões traumatológicas.

ALTA HOSPITALAR: 07.04.17

Data da Emissão: 17.07.17

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

SINCOR/PB

Q2 AGO 2017

