

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA**
Nº Sinistro: **3170611976**
Vitima: **MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA**
Data do Acidente: **05/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170611976**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11992572



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA**

Nº Sinistro: **3170611976**

Vitima: **MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA**

Data do Acidente: **05/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170611976**.

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 11992944



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA**

Nº Sinistro: **3170611976**
Vitima: **MARIA JOSE DOS SANTOS COSTA**
Data do Acidente: **05/12/2016**
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 3170611976**.

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

Carta nº 12836626



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 (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: 066060934-73 CPF da Vítima: 066060934-73 Nome completo da vítima: Ilana José dos Santos Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ilana José dos Santos Costa CPF titular da conta: 066060934-73 Profissão: aux. m. geral
Endereço: Rua Benjamin de Mello Ribeiro Número: 116 Complemento:
Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: Paraíba CEP: 58059-142
E-mail: Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, segundo uma cópia da comprovação 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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☒ MAIS DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (301) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. 1681 D/V 0 CONTA NRO. 20709 D/V 8
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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.

J. Pessoa 23 de Outubro de 2017

Local e Data

Ilana José dos Santos Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FM 0145-47180

15

19/07/2017

1870-1871

31

1

[illegible]

15.

PAGE FIVE

ENCLOSURE

10 July, 2017

[illegible]

514711 : רחב 11

17. **THE**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00889.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00889.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: À(s) 10:56 horas do dia 11 de maio 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 Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Maria Jose dos Santos Costa, CPF nº 066.060.934-73, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Auxiliar de Serviço, filho(a) de Maria Natalia dos Santos Silva e Jose Pedro da Silva, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 26/01/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Benjamin de Melo Ribeiro, Nº 116, complemento casa, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo à Igreja Nossa Senhora das Dores, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-7348.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Outros, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/12/01 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEQUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, ANO 2015, DE COR VERMELHA, DE PLACA OEU-9722-PB, CHASSI Nº 9C2JC4820FR546513, EM NOME DE ANGELICA PATRICIA DA SILVA MENDES, QUANDO FOI QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CERTIDÃO Nº 0281/2017, ASSINADA PELA DRA. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM - PB 3883, DATADA 20/02/2017, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

ADENDO(S):

Que na data 16/08/2017, à(s) 11:53 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LE-SE A DATA 05/12/01, LEIA-SE 05/12/2017. Adendo registrado por: Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula: 1372424.

Que na data 20/09/2017, à(s) 09:16 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LE-SE A DATA DE 05/12/01, LEIA-SE 05/12/2017, RELEIA 05/12/2016. Adendo registrado por: Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula: 1372424.

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

JANCO/PR

10 NOV. 2017

05/12/16

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

Delegacia Geral da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital




**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

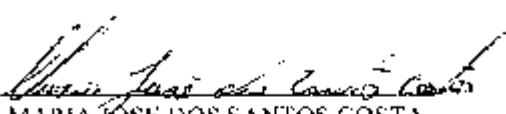


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 20 de setembro de 2017.


CLEODON PERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MARIA JOSÉ DOS SANTOS COSTA
Noticiante

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria José dos Santos Costa, portador da carteira de identidade nº 2943803 e inscrito no CRF/MF sob o nº 066 060 931-73, residente e domiciliado na Rua Benjamin de Melo Ribeiro nº 116, Cidade João Pessoa, 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 15 de Maio de 2017

Local e data

JINCOR/PP

10 NOV. 2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Angelica Patrícia da Silva Mendes
RG nº 1896397, data de expedição 12/08/2010
Órgão PBSSP, portador do CPF nº 026130984-18, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Benjamin de Melo Ribeiro, nº 116,
complemento Q.042-30, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria José Santos Costa, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda B15 125 ES
Ano: 2008
Placa: 0EU 9722
Chassi: 9C2JC4820FR 54513
Data do Acidente: 05/12/16
Local e Data: João Pessoa, 18/07/17

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Angelica Patrícia da Silva Mendes
Assinatura do Declarante)

De Comho Cer
AUTENTICIDADE

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



SINCUR/PP

10 NOV. 2017



CERTIDÃO

Nº. 0281/2017

Atendendo solicitação de **MARIA JOSÉ DOS SANTOS COSTA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 911096 e pertencente ao mesmo que foi atendido dia 05/12/2016 às 20H19min, paciente refere colisão moto e carro apresentando dor em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em rádio esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/12/16 e alta médica dia 11/12/16.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Fevereiro de 2017

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

Rosângela Medeiros Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

JINCOR/PB

10 NOV. 2017

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energia.com.br
 Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/823573-
 Dez/2016. Crimã de contato

07/12/2016

06/01/2017.

20245251412
 Page 64
Father's name

20

Proteus

[illegible]

RS 180,75

Indicadores de Qualidade 105206 - Abnham

M

[illegible]

Distribuzione	Valori	
	1981	%
50-100 km da frontiera	44,27	23,40
100-200 km da frontiera	51,80	28,00
200-300 km da frontiera	17,38	9,38
300-400 km da frontiera	85,24	45,82
400-500 km da frontiera	0,00	0,00
500-600 km da frontiera		25,51
600-700 km da frontiera		0,87

Ident. known

SECRET

30 NOV. 2017

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICACAO

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

Título

Nascimento

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA
Emissão

NOME MARIA JOSÉ DOS SANTOS COSTA.

PAI José-Pedro da Silva.

Mãe Maria Antônia dos Santos Silva

Idade 18 25-02-1932

Cert. Casam. nº 31773 Fls. 046 Liv. B-0

John Payne - PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEWY T. DE SOUZA

