
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 LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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



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

**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
(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 a 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 mentor 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

066060934-73

Nome completo da vítima

Flavia J. dos Santos Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Flavia José dos Santos Costa | 06606093473 | vive na, gerente |
| Endereço | Número | Complemento |
| Rua Bifacínha de Mello Ribeiro | 116 | |
| Bairro | Cidade | Estado |
| Mangabeira | Jaboatão dos Guararapes | Pernambuco |
| CEP | | Telefone (DDD) |
| | | 88059142 |
| Email: | | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> REÚSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00 |

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)

AGÊNCIA NRO. **1683** DAV **0** CONTA NRO. **20709** DAV
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

| | | |
|------------------------------|---------------------|-------------------|
| BANCO Nro.: _____ | AGÊNCIA NRO.: _____ | CONTA NRO.: _____ |
| DAV: _____ | DAV: _____ | DAV: _____ |
| (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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SIM/OP/DP

J. Pessoa, 23 de outubro de 2017

Local e Data

Flavia José dos Santos Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LEIA, RESENHA DESTE DOCUMENTO
DEPOIS DE LER OS DOCUMENTOS PESQUISADOS
18-472/81 - BANCO DO BRASIL 16:16:59
BILHÃO CONSEGUIMENTO BANCÁRIO 1122
COMPROMISSO DE DESPESAS EN POLAROID
EM DIREÇÃO

CLIQUE: MARCAZOS SERVICIOS, S.A.
ACREDITADA 1988-9 QMCA 20.709-3
VERIFICACIONES
FECHAS 18-07-2017
Nº DOCUMENTO 115.053.401.122
VALOR DIFERENCIA
VALOR TOTAL
RE. ATENCIONALIA 1-FEG-SGF-ABL-GFF-4F
CRÉDITOS A PARTIR DE \$94.45.283,60 ESTAD
DISCRETARIOS PELA LEI 12.123.

WIA DQ Client

३८

402

לעון ירושלים

۱۷۰



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00889.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à 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 Benjamim 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) Fato(s):

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 SEGUINTE:

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 COLIDIÓ POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRÂUMAS DE MANGABEIRA, CERTIDÃO Nº 0281/2017, ASSINADA PELA DRA. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM - PB 3883, DATADA 20/02/2017, A NOTICIANTE NÃO DESSEA 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, expoço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

05/12/16

INCOR/PB

10 NOV. 2017

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1º Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria do 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 1943803 e inscrito no CRM/MF sob o nº 066 060 934-73, residente e domiciliado na Rua Befamurá de Melo Ribeiro nº 116, Cidade Joaçaba, Estado Paraná, 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

Joaçaba, 15 de Maio de 2017

Local e data

JINCOR/PR

10 NOV. 2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Angélica Patrícia da Silveira Mendes,
 RG nº 1896397, data de expedição 12/08/2010
 Órgão PBSSP, portador do CPF nº 026130984-18, com
 domicílio na cidade de Joná Piresoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Benjamim de Melo Ribeiro, nº 116,
 complemento Q.04 L.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 Donizete Costa, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda Biz 125 ES

Ano: 2003

Placa: DEU 9722

Chassi: 9C2JC4920FR546513

Data do Acidente: 05/12/14

Local e Data: Joná Piresoa, 18/02/14

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Assinatura do Declarante

De Comunicação
Autenticidade

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISCRETUAL
 Rua Pernambuco, 200 - Centro - João Pessoa - PB
 CNPJ: 14.111.111/0001-00 - Fone: (83) 3222-0122

RECONHEÇO, como autoridade notarial, que a senhora Angélica Patrícia da Silveira Mendes, residente na Rua Benjamim de Melo Ribeiro, nº 116, bairro Joná Piresoa, João Pessoa, PB, no dia 18/02/2014, assinou a presente declaração, em sua presença, e que a mesma é verdadeira. Onde consta que o veículo Honda Biz 125 ES, placas DEU 9722, chassi 9C2JC4920FR546513, de cor vermelha, de 2003, pertence a Angélica Patrícia da Silveira Mendes, e que no dia 05/12/2014, ocorreu um acidente envolvendo este veículo, na localidade de Joná Piresoa, João Pessoa, PB, entre a 12h e 13h, envolvendo a senhora Maria José Donizete Costa, que é a vítima, e que o condutor era o declarante. Onde consta que o veículo é de propriedade da declarante.

NOTARIAL
VIEIRA BATISTA
João Pessoa - PB

SINCUR/PR

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 Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N° 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica, data e assino a presente certidão.

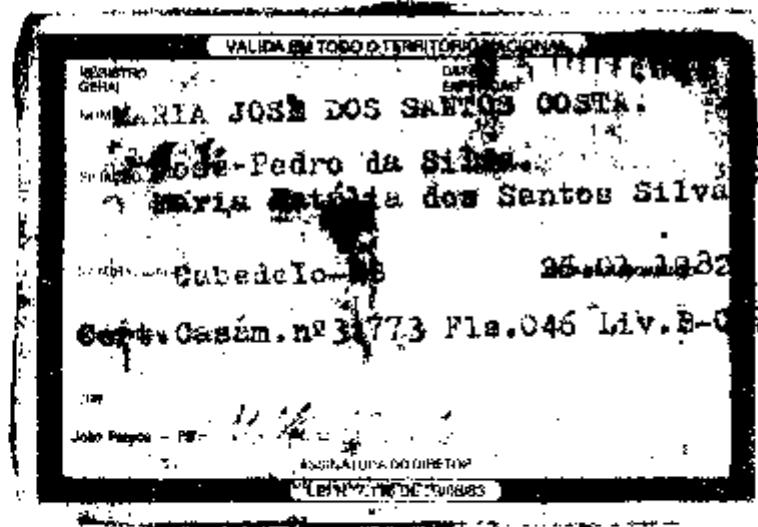
João Pessoa, 20 de Fevereiro de 2017

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

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

JINCOR/PB

10 NOV. 2017



| | | | |
|-----|--|--|------------|
| R E | | C E D I C A M E N T O D E V I S U G O | |
| | | V U L G A R E 20160000025517 - F O R M A D O | |
| | | 1 0104166520-0 00/00000000 2016 | |
| | | NOME | |
| | | ANGELICA PATRICIA DA SILVA MENDES | |
| | | PLACA | |
| | | 02813098418 | OEU9722/PB |
| | | CHASSI | |
| 2 | | NOVO PE 9E2JC4820FR546513 | |
| | | ESPECIE JIPO | |
| | | COMBUSTIVEL | |
| | | PAS/MOTONETA/NAO APPLIC | |
| | | ALCO/CANOT | |
| | | MANCA/MOTOR 1.0 | |
| | | ALTURA ANO MOD. | |
| | | 1.70 2015 2015 | |
| | | COMPLETAMENTE | |
| | | Z F/124 /CI VERMELHA | |
| | | COTA UNICA VENC. DATA UNICA VENC. COTAS | |
| | | 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000 | |
| | | FAIXA PVM 2016 LACRADO CATIVO 2016 | |
| | | A***** 0 0 0 | |
| | | PAGAMENTO PAGO DATA DE PAGAMENTO | |
| | | ***** * * * * * SÉGURO P A G O 23/01/2016 | |
| | | OBSERVAÇÕES | |
| | | SEM RESERVA DE DOMÍNIO | |
| | | JOAO PESSOA-PB | |
| | | DATA | |
| | | 23/01/2016 | |
| | | 17116 | |
| | | 9632 | |
| | | Anelton Oliveira Souza | |
| | | Sociedade de Veículos Automotores | |