
Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: BENEDITO JOAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170622575

Vitima: BENEDITO JOAO DA SILVA

Data do Acidente: 06/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170622575**.

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, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: BENEDITO JOAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170622575

Vitima: BENEDITO JOAO DA SILVA

Data do Acidente: 06/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170622575**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentos de identificação ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

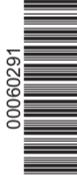
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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, 26 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: BENEDITO JOAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170622575
Vitima: BENEDITO JOAO DA SILVA
Data do Acidente: 06/02/2016
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 3170622575**.

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

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



 00147
 2006

Cód. de identificação de VML

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 credor 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 na ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

087 406 284-50

Benedito Júnio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Benedito Júnio da Silva

CPF/LI/Lula da conta

087 406 284-50

Profissão

agricultor

Endereço

Sítio Anzo 3

Número

5/0

Complemento

Bairro

Área Rural

Cidade

Macauquara

Estado

Paraíba

CEP

58 289 00 0

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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
 RECUZO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

 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

 R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

BANCO

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004)

Nome _____

10/10/2017

960

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

CONTA

NRO.

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir 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 no valor indenizado.

3 Pessoa 23 de outubro de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINCOR/PP

16 May, 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2017
Ocorrência nº. 0453/2017

Aos Vinte E TRES dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrev(o) Ludecy Freire Ayres Barbosa, á, por volta 11h:41min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA MARTA DOS SANTOS, conhecido por: , Identidade nº 1.797.042-21 VIA-SSP/PB, CPF nº 978.599.584-49, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteira, profissão: agricultora, filho(a) de Luiz João Dos Santos E De Marta Maria Da Conceição, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 01/06/1967 (49 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Arroz, Zona: Rural De Cuié De Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de , fone(s) para contato: (83) 98874-9281.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;

2) DATA DO FATO: 06 de fevereiro de 2016;

3) HORA: 15h:30min;

4) LOCAL: SITIO AROZ, ZONA RURAL, CUIÉ DE MAMANGUAPE*/PB;

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que informa à noticiante que o seu filho BENEDITO JOSÉ DA SILVA, com 27 anos de idade, natural de Mamanguape/PB, nascido em 30.10.1988, RG:3440071-SSP/PB, do qual é procuradora, sofreu um acidente de transito no dia e hora e local acima citado, quando pilotava sua motocicleta marca YAMAHA/NX150 BROS KS, DE PLACA OCT-1275/PB, ANO/MODELO 2011 DE Cor preta, em nome de JOSE HALISON DE P. VASCONCELOS, momento em que colidiu contra motocicleta, vindo a cair, sendo socorrido pelo SAMU, para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB, tendo sofrido FRATURA DA TIBIA ESQUERDA + PERDA DE SUBSTANCIA CID 10 S 82 E L 98 8 CONFORME LAUDO EM ANEXO.

6) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrev(o) que digitei.

Maria Marta dos Santos

MARIA MARTA DOS SANTOS

Comunicante

Ludecy Freire Ayres Barbosa
Escrivão/Agente - Matrícula nº 61.186-7

SINCOR/PP

16 NOV. 2017



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. Ademais 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

Benedito Júnior da Silva

CPF da Vítima

087.406.284-59

Data do Acidente

08/02/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email:	Telefone (DDD):

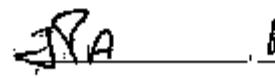
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assimilar uma das opções abaixo:

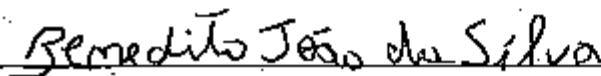
- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior ao de 15 dias úteis do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanentemente 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, desse já, em me submeter à perícia médica às curas da Seguradora Lider 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.


 16 de Nov de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

• Docentei de laicato e lecionante da paróquia
• Docentei de laicato e lecionante da paróquia

DADOS DO CED

MARIA MARTA DOS SANTOS
SITARHOZ SM
CUIJE DE MAMANGUAPÉ

CEG - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/287020-2

REFERÊNCIA: 17/08/2017 VENCIMENTO: 24/08/2017 TOTAL A PAGAR: R\$ 45.16

Agriculturnal and Social

energisa

MARIA MARTA DOS SANTOS

Retailer: 09-259-963-5680

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

VERGEGENSTÄNDLICH

24/2008477

58289-000

SINCOR/PP

-EG 2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Hélio em de Pontes Vasconcelos

RG nº 1551980, data de expedição / /,
Órgão SBP, portador do CPF nº 754.194.324-04, com
domicílio na cidade de Altinho de Mamanguape, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Severino George Senna, nº 1070,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Benedicto José da Silva, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda NXR 150

Ano: 2011

Placa: OCT7215

Chassi: 9C2K D0550BR053428

Data do Acidente: 06.02.2016

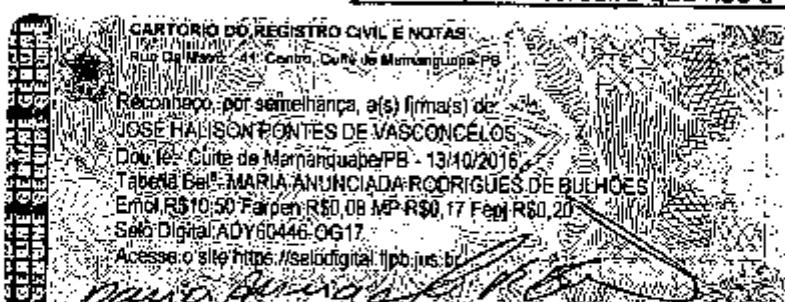
Local e Data: _____

Jose Hélio em de Pontes Vasconcelos

Assinatura do Declarante



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



SINCOR/PP

16 NOV 2017



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 888479 e PRONTUÁRIO nº 93280

PACIENTE: BENEDITO JOÃO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 30.10.88

Data e Hora do Atendimento: 06.02.16

Horário: 19:27h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto) apresentando quadro de TCE leve, fratura exposta da perna esquerda. Atendido pelo Dr. José Lopes de Sousa Filho CRM 6676 Dr. Marcelo Atila CRM 6456, Dr. Kalo Alexandre Fernandes CRM 8964, Dr. Teófilo Vanomark CRM 9690, Mario Augusto CRM 5177, Dr. Glauber Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA + PERDA DE SUBSTÂNCIA

CID 10 S 82 9 e L 98 8

PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia plástica, Rx da perna esquerda AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 07.02.16 com colocação de fixador externo e debridamento cirúrgico. Em 15.02.16 foi submetido à debridamento cirúrgico. Em 19.02.16 realizado procedimento cirúrgico com limpeza cirúrgica e coleta de material para cultura. Em 11.03.16 realizado tratamento cirúrgico com colocação de auto enxerto de pele. Em 09.05.16 realizado tratamento cirúrgico com retirada do fixador externo.

ALTA HOSPITALAR: 15.07.16

Data da Emissão: 21.11.16

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/PP

16 NOV. 2017



BENEDITO JOAO DA SILVA			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: 29/08/2016		Alta: 05/09/2016	Tempo de Permanência:	

Principais exames: PSEUDOARTROSE INFECTADA DE TIBIA PO DEILIZAROV

Paciente submetido à cirurgia sem intercorrências, evoluiu com discreta deformidade e boa cobertura. Submetido a tto cirúrgico com ILIZAROV e ressecção de sequestro ósseo. Realizou ILIZAROV. Apresenta bom estado geral. Boa perfusão distal do membro operado. Sem queixas no momento.
CULTURA ATUAL NEGATIVO

Cirurgia realizada – data e equipe: PO DE ILIZAROV + CURATIVO + ATB IV

Biópsias:

Anatomia patológica:

Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()

Resultado bacteriologista:

Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()

Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: Paciente em bom estado geral, EF: ferida cirúrgica de bom aspecto, perfusão tecidual satisfatória

Orientações Pós Alta

Dieta: Branda

SINCOR/PP

Repose:

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, inchaço, vermelhidão

Medicações para casa: AINE + ATB + ANALGÉSICO + CURATIVO

Retorno: VIDE CARTÃO

Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.

Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.

05/09/16

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

 COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF



0012

... Comprovante de regularidade ...



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF **087.406.284-50**

Nome: **BENEDITO JOAO DA SILVA**

Data Nascimento: **30/10/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **01/03/2007**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:20:16** do dia **13/09/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C839.1B0E.2FA4.7094**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

[Nova Consulta](#)

SINCOR/PP

16 nov. 2017



31NCOR3/PP

16 NOV 2007

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

RFID: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDERECO: ..

LOCAL E DATA:

Yosi Hidiram de Pontes Melo
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

h) O devedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser que se responsabilizar, solidariamente pelas penalidades impetradas e suas respectivas multas a data da comunicação (Lei Federal nº 8.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTR).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art 233 do CTB);

c) É obrigatório o reconhecimento de fábrica do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade de **VEICULOS**.

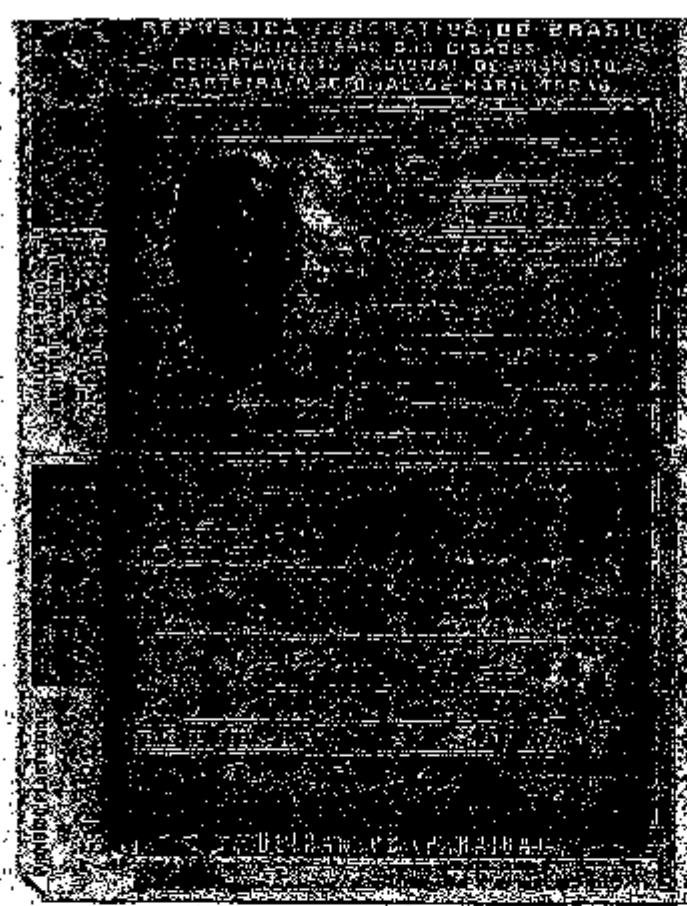
CE ACCORDS

ISSN 1062-1024 • 100

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C. PC

SINCO/R/PI
16 APR 2014

-67004



5/NCOR/PP

16 NOV. 2017