

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

Carta nº 12011199



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 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 12013043



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

Carta nº 12874005





0014

2/206

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

Cobertura de Indenização de R\$ MIL

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 beneficiário (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

087 406 284 - 50

Benedito João da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Benedito João da Silva

087 406 284 - 50

logicultor

Endereço

Número

Complemento

Sítio Arroio 3

510

Bairro

Cidade

Estado

CPF

Água Rural

Mamanguape

Paraíba

58 289 00 0

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. 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

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ATIVA REND. > 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)

AGÊNCIA

CVV

CONTA

NÚM.

CVV

6044

305084

14

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

16-10-2017

AGÊNCIA

NÚM.

CVV

CONTA

NÚM.

(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

Benedito João da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

30/10/88

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE DEPOSITO

24/03/2017 HORA 11:03:43
DATA EFETIVACAO 24/03
CONVENIO 000333654
OPERADOR keli

AGENCIA 0044
CONTA 013.00105084-4
NOME BENEDITO JOAO DA SILVA

VALOR

COD OPERACAO 427631881

DISQUE CAIXA 0800 726
0101 OUVIDO
RIA 0800 725 7474

SINCOR/PP

16 NOV. 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, escrivão(o) **Ludecy Freire Ayres Barbosa**, à por volta 11h:41min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA MARTA DOS SANTOS, conhecido por: , Identidade nº 1.797.042-2 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 Cutê 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 a 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) HORÁRIO: 15h:30min;
- 4) LOCAL: SÍTIO AROZ, ZONA RURAL, CUTÊ DE MAMANGUAPE*/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que informa a noticiante que o seu filho **BENEDITO JOÃO 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 trânsito 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 TÍBIA 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, escrivão(o) que digitei.

Maria Marta dos Santos

MARIA MARTA DOS SANTOS
Comunicante

Ludecy Freire Ayres Barbosa
Escrivão/Agente - Matrícula nº61.186-7

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. 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

Benedito João da Silva

CPF da Vítima

087.406.284-50

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 do 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 ao estabelecido no 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.

JA 16 de NOV de 2017

Local e Data

Benedito João da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Doc. Diversa não vale para pagar

Documento não é aceite para pagamento de contas

Para pagar, utilize o boleto bancário ou o boleto de cobrança emitido pelo sistema de cobrança da empresa



DADOS DO CLIENTE

MARIA MARTA DOS SANTOS
SITARHOZ BA
CUIF DE MAMANGUAPE

CDC / CODIGO DO CONSUMIDOR

5/287020-2

REFERENCIA

AGO/2017

DATA DE EMISSAO

17/08/2017

VALOR EM REAIS

85

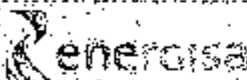
VALIDADE

24/08/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 45,16

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA MARTA DOS SANTOS

Telefone: 09-259-863-5680

UJUUUUUUUU-1 45160054000-1 02870202017-4 88702590019-9

VENCIMENTO

24/08/2017



58 289-000

SINCOR/PP

16 NOV 2017

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Jose Helisson de Pontes Vasconcelos

RG nº 1551980, data de expedição 1/1/

Órgão SBP, portador do CPF nº 75419432404, com domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Senador Jorge Silva, 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 D0550BR 0534 28
Data do Acidente: 06.02.2016
Local e Data: _____

Jose Helisson de Pontes Vasconcelos
Assinatura do Declarante



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



Mª Anunciada Rodrigues Bulhões
Oficial do Registro Civil e Notas

SINCOR/PP

16 NOV 2017



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



Atenção ao paciente

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 Atala CRM 8456, 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 TERCIO TRINDADE
AUDITOR EM HETSHL
CRM - 3920

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



XEROTEK

BENEDITO JOAO DA SILVA

N de BE:

Idade:

Sexo:

Clínica:

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 discreta deformidade e boa cobertura. Submetido a tto cirurgico com ILIZAROV ressecção de sequestro osseo. 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: historia evolução, terapêutica, complicações: Paciente em bom estado geral, EF: ferida cirurgica de bom aspecto, perfusão tecidual satisfatória

Orientações Pós Alta

Dieta: __Branda

SINCOR/PP

Repouso:

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

Medicações para casa: AINE + ATB + ANALGESICO + 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, MINSTERIO 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**

Digito 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



SINCOR/PP

16 NOV 2017

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

References

NOME DO COMPRADOR:

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDERECO:

LOCAL EDITOR:

Yosi Halison de Pontes Vasconcelos
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- ne O vencedor terá o prazo legal de cinco dias para a venda do veículo DO DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de multa de 10% das respectivas responsabilidades solidariamente pela penalidade Imposta e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 8.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro-CTB).
- c) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- d) É obrigatório o reconhecimento de firma do adquirente e do vencedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACCORD:

ASSIGNMENT EXERCISES

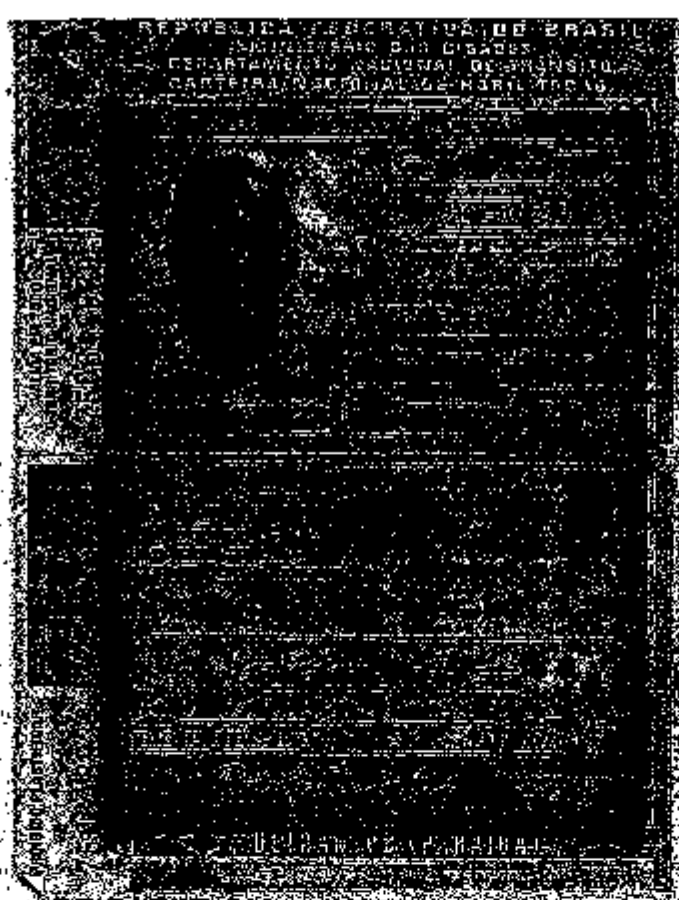
RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

16 Aug. 2014

SIN COPY/PF



| | |
|---|----------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADÊS | |
| Nº 01374564294 DETRAN - PB | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO PNE 2015250001951-1 | |
| 88/00000000 | 003461716-5 |
| JOSE HILSON DE F. VASCONCELOS AV SEVERINO JONES DE SOUZA 1070 CENTRO 58289000 CITE DE MONTAGNHE - PB | |
| 07/15/88 | 581943700 |
| AYMOR CREDITO FIAR E INVESTIME | |
| CITE/5 SP 0200550053428 | |
| ALTO/GASOL | 125/1000000000 |
| 2011 | 2011 |
| 13/02/2015 | 32294 |



SINCOR/PP

16 NOV. 2017