

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180266294**

Vitima: **IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: **21/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180266294**.

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 12956987



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR
Nº Sinistro: 3180266294
Vitima: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR
Data do Acidente: 21/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180266294**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

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 12957347



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180266294**
Vítima: **IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR**
Data do Acidente: **21/09/2017**
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 3180266294**.

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 13696028



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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: _____ CPF da vítima: 047236424-39 Nome completo da vítima: Vanildo J. da Silva Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Vanildo Joaquim da Silva Junior</u>		CPF titular da conta	<u>047236424-39</u>	Profissão	<u>marceneiro</u>
Endereço	<u>Rua Radialista Edi Fracasso de Albuquerque</u>		Número	<u>16</u>	Complemento	
Bairro	<u>Funcionário I</u>	Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>	Estado	<u>Paraíba</u>	CEP
Email				Telefone (DDD)	<u>98707</u>	<u>3285</u>

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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 4823 D/V ☐ CONTA NRO. 13187 D/V 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
AGÊNCIA 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.

João Pessoa 25 de maio de 2018
Local e Data

Vanildo J. da Silva Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

085-577953806-5

26/MAR/2018

HORA DE 07:44:

LOT: 13.22184-8

TERM: 0467

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 4823

CONTROLE: 89306433

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4823.013.00013187-0

IVANILDO JOAQUIM S. JUNIOR

VALOR

:

5400

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

085-577953806-5

18 VIA

CONFERRIDO COM O ORIGINAL

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

João Roberto Paquini da Silva Junior

CPF da Vítima

047236424-39

Data do Acidente

22-09-2017

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:

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 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 decorrente diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da apuração 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 5º 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.

João Roberto Paquini da Silva Junior 15 de março de 2018
Local e Data

João Roberto Paquini da Silva Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

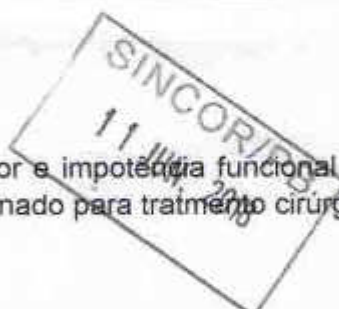
NOME DO PACIENTE Ivanildo Joaquim da Silva Junior
DATA DE NASCIMENTO 02/06/82
NOME DA MÃE Ivone dos Santos Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 104407
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1029401
DATA DO ATENDIMENTO 22/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 19:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula direita S42.0
CID 10

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com dor e impotência funcional em ombro direito, encaminhado do Ortotrauma. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.



EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita

ALTA HOSPITALAR: 04/10/17
DATA DA EMISSÃO: 26/01/18


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136492802
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 0091421918-9 DATA 20170000035814-7 EXERCÍCIO 2017

NOME
SEVERINO ALVES CARNEIRO

CPE/CNPJ
32364334420

PLACA
MNV2583/PB

PLACA ANT./UF
NCVO PB

CHASSI
9C6KG017070033243

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
YAMAHA/FAZER YS250

ANO FAB.
2006

ANO MOD.
2007

CAP/POT/CIL
2 P/249 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
AZUL

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC./COTAS

IPVA PAGO EM

00/00/0000

1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

24/02/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB

41980

DATA 06/03/2017

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 013136492802 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 06/03/2017

VIA 2 CPE / CNPJ 32364334420 PLACA MNV2583/PB

RENAVAM 00914219189 MARCA / MODELO YAMAHA/FAZER YS250

ANO FAB. 2006 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C6KG017070033243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADORA

SEGURO

PAGO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 24/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1201401-20170306

SINCOR/PB

11 JUN, 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL