

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO GONCALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180271922**

Vitima: **LUCIANO GONCALVES DA SILVA**

Data do Acidente: **27/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180271922**.

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 12970559



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: LUCIANO GONCALVES DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180271922  
Vitima: LUCIANO GONCALVES DA SILVA  
Data do Acidente: 27/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180271922**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- 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**



---

**Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180271922**

**Vítima: LUCIANO GONCALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LUCIANO GONCALVES DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

015120674-07

Nome completo da vítima

Luciano Gonçalves da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo s		CPF titular da conta		Profissão	
Luciano Gonçalves da Silva		015120674-07		Agricultor	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Pres. João Figueiredo		510			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Centro -	Capim	Paraíba	58287000	994048021	
Email					

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**

<input type="checkbox"/> RECUO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <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 checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<b>AGÊNCIA</b> NR01: 0044 D/V: <input type="checkbox"/> (informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NR0: 110940 D/V: 7 (informar dígito se existir)	
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) <b>BANCO</b> Nome: <input type="text"/> NR0: <input type="text"/> <b>AGÊNCIA</b> NR01: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NR0: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (informar dígito se existir)	

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
13 JUN. 2018

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.

por Luciano Gonçalves da Silva de maio de 2018  
Local e Data

Luciano Gonçalves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

074-73788-1319-4

15/MAR/2018

TERA DE MANGUEIRA

LOT: 13.21036-4

LOCALIDADE: MAMANGUAPE

AD. VINCULADA: 0044

UF: PE

DEPOSITO EM DINHEIRO

0044 013 00110940-7

LOLIANO G. SILVA

ESTADO DO PERNAMBUCO

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

074-73788-1319-4

SINCOR/PB  
13 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL





Prefeitura Municipal de Capim  
Secretaria de Saúde  
CNPJ 08.730.943/0001-81

---

Declaração

Declaro para devidos fins que na data de 27/08/2017 foi atendido no PA desta cidade o Sr. Luciano Gonçalves da Silva, 41 anos, vítima de acidente motociclistico. Os primeiros socorros foram prestados pela equipe plantonista da Anilda Souto Rocha e logo em seguida o paciente foi transferido ao HGM.

Atenciosamente;

CONFERIDO COM O ORIGINAL

**Raana Paula Silva dos Santos**  
**Coordenadora de Enfermagem**

SINCOR/PB

13 JUN. 2018

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luciano Gonçalves da Silva,  
 RG nº 2141441, data de expedição 26/10/10, Órgão SSP/PB,  
 CPF nº 015120674-07, venho perante a este instrumento declarar que não  
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome  
 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Pres. João Figueiredo
Número	510
Apto / Complemento	
Bairro	Centro
Cidade	Cajazeira
Estado	Pernambuco
CEP	58287-000
Telefone de Contato	994048021
E-mail	

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cajazeira, 28/05/18



Assinatura do Declarante: Luciano Gonçalves da Silva

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento para pagamento

Para maiores informações consulte o site

www.energisa.com.br

Nº 006 305 975

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58211-680  
CNPJ 09.095.182 / 0001-40 - Insc. Est. 16.915.825-0

## DADOS DO CLIENTE

LUCIANO GONÇALVES DA SILVA  
RUA PRES JOÃO FIGUEIREDO S/N  
CAPIM

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1301710-8

### REFERÊNCIA

MAI/2018

### APRESENTAÇÃO

14/05/2018

### CONSUMO

114

### VENCIMENTO

21/05/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 69,47

Assine: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



LUCIANO GONÇALVES DA SILVA

Roteiro: 06-258-885-2580

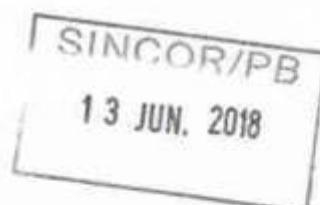
83620000000-5 68470054000-8 13017102018-8 05700258019-9

### VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

21/05/2018

R\$ 69,47

1301710-2018-05-7



CONFERIDO COM O ORIGINAL





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



## LAUDO MÉDICO

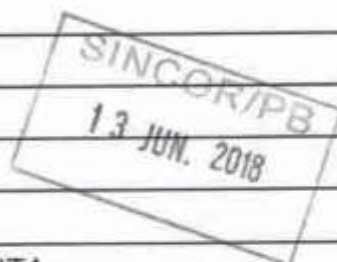
### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCIANO GONÇALVES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	30/05/76
NOME DA MÃE	MARIA JOSE DA SILVA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.023.329
DATA DO ATENDIMENTO	27/08/17
HORA DO ATENDIMENTO	15:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
CID 10	S42.0



### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor com limitação de movimentos do ombro direito. Abdome sem queixas. Glasgow 15. RX: fratura de clavícula direita.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita.

### TRATAMENTO:

Imobilização.

ALTA HOSPITALAR:	27/08/17
DATA DA EMISSÃO:	30/11/17

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/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

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.085



*Luciano Gonçalves da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.141.441 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/2010

NOME LUCIANO GONÇALVES DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ GONÇALVES DA SILVA  
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE ITAPOROROCA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/05/1976

DOC ORIGEM NASC.N.4988 FLS.427 LIV.A7

CARTÓRIO CAPIM-PB

CPF 015.120.674-07

JOÃO PASSOS - PM

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PS  
13 JUN. 2018