

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**

---

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 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](http://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**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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").

Número 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	Luciano Gonçalves da Silva	CPF titular da conta	015120674-07	Profissão	Vaqueiro
Endereço	Rua Pres. São Francisco	Número	5/V	Complemento	
Bairro	Centro	Cidade	Patrício	Estado	Paraíba
Email				Telefone (DDD)	994048021

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**

RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	CONFIRMO COMO ORIGINAL	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	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)		
<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>BANCO</b> Nome: _____ NRO: _____		
AGÊNCIA	0044	CONTA	SINCOR/PB	D/V
Agiliz	0/V	NRO		
Informar dígito se existir!	110940	D/V	13 JUN. 2018	Informar dígito se existir!
		Informar dígito se existir!		

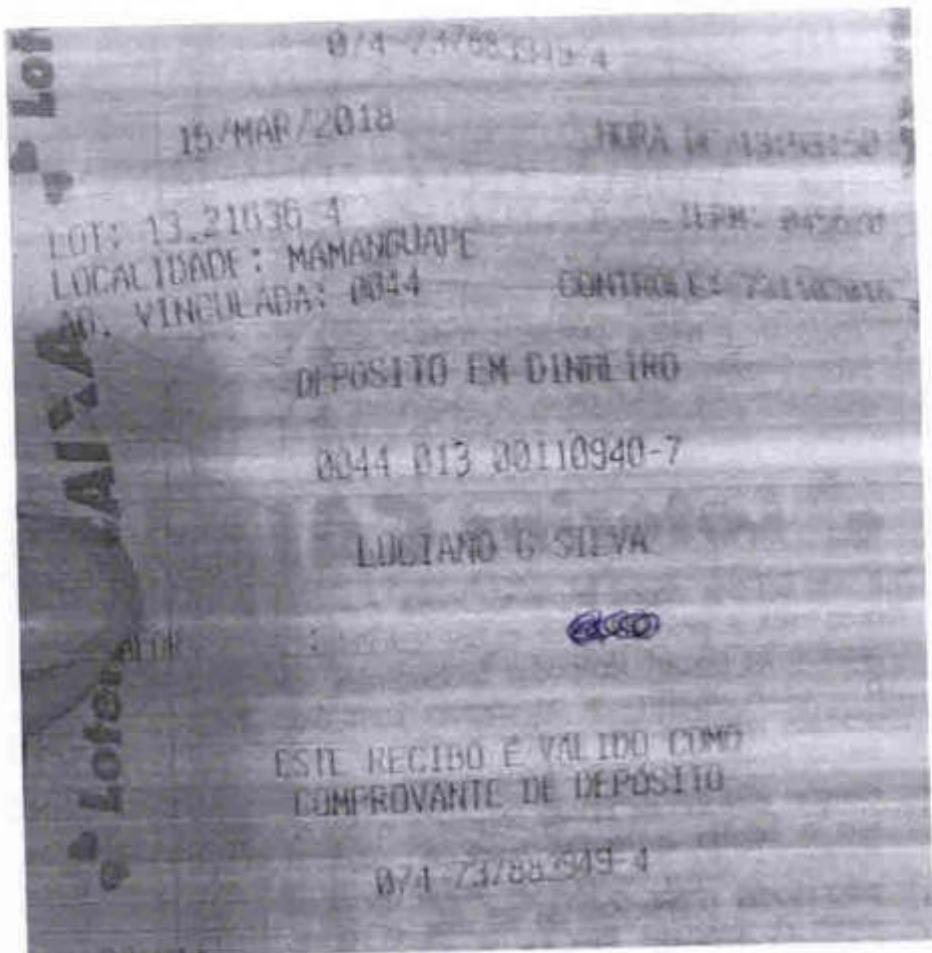
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

 goiânia, 25 de maio de 2018  
 Local e Data

Luciano Gonçalves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CONFIRMO 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 Gonçalvez 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, Renclano Gonçalves da Silva

RG nº 2141441, data de expedição 26/10/10, Órgão SSP/PB,

CPF nº 015110674-07, 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)	<u>Rua Pres. João Figueiredo</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Cajazeiras</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58287-000</u>
Telefone de Contato	<u>994048021</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data: João Pessoa, 28/05/18

*SINCOF-FG*  
*13 JUN. 2018*

Assinatura do Declarante:

Renclano Gonçalves da Silva

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para pagamento  
Este documento não é uma proposta de venda  
Número de identificação: 006 395 975



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BI-230, Km 25 / Cidade Recreio / João Pessoa - PB - CEP 58171-480  
(INPI) 09.095.183/0001-46 - Inscrição: 11-215.823-0

## DADOS DO CLIENTE

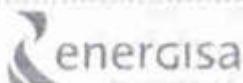
LUCIANO GONCALVES DA SILVA  
RUA PRES. JOÃO FIGUEIREDO S/N  
CAPIM

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1301710-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	14/05/2018	114	21/05/2018	R\$ 69,47

www.energisa.com.br

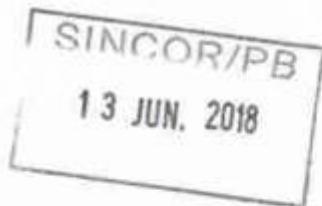


LUCIANO GONCALVES DA SILVA

Rateiro: 06-258-805-2580

53620000000-5 69470054000-8 13017102018-8 05700258019-9

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/05/2018	R\$ 69,47	1301710-2018-05-7



CONFIRMO COM O ORIGINAL

## 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

SINCOR/PB  
13 JUN. 2018

### 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.

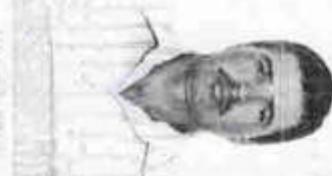
### TRATAMENTO:

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



*Luciano Gonçalves da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PAI/AÇÃO JOSÉ GONÇALVES DA SILVA  
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

ITAPOROROCA-PB

30/05/1976

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

CARTÓRIO CAPIM-PB

CPF 015.120.674-07

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PS  
13 JUN. 2018