

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VANDERLEY GOMES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180502127

Vitima: VANDERLEY GOMES DA COSTA

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180502127**.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 27 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180502127

Vítima: VANDERLEY GOMES DA COSTA

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VANDERLEY GOMES DA COSTA

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

082.058.104-60

Nome completo da vítima

Vanderley Gomes da Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo VANDERLEY GOMES DA COSTA	CPF titular da conta 082.052.104-60	Profissão AGRICULTOR
Endereço Sítio Campinal S/N	Número S/N	Complemento
Barro ÁREA RURAL	Cidade JACARAÚ	Estado PB
Email DVS.ADVOCACIA@GMAIL.COM	CEP 58278-000	
		Telefone (DDD) (83) 9 8712-5439

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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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 type="checkbox"/> ACIMA DE 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

NRO.

2191

D/V

4

CONTA

NRO.

1619

D/V

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

2191

NRO.

01/01/2013

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

2191

D/V

CONTA

NRO.

2191

D/V

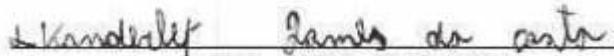
(Informar dígito se existir)

(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.

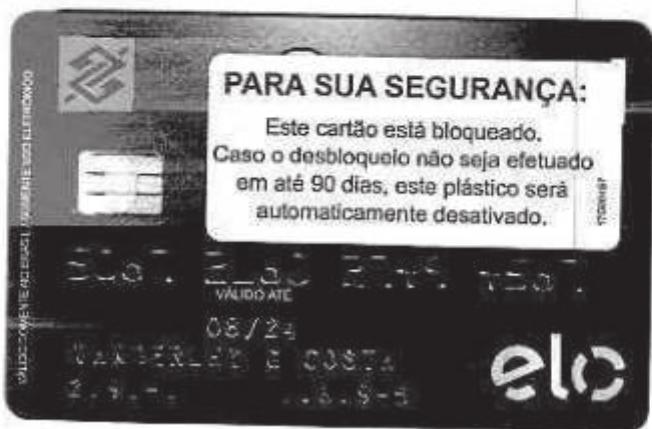
Pôr Pessoal 24 de outubro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 420/2018

DELEGACIA DE POLICIA
DE JACARAÚ
Estado da Paraíba

Aos 17 dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy De Carvalho Andrade, às 11h:40min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VANDERLEY GOMES DA COSTA, conhecido por , Identidade nº 003.697.059-SDS/PB, CPF nº 082.058.104-60, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Antonio José Nildo Da Silva E Lenilda Gomes De Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 31/10/1996, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Campinal nº , bairro - Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: px. a MANOEL LULU, fone(s) para contato: (83)- 98880-4986.

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 TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 22 de agosto de 2017;
- 3) HORÁRIO: 03h:0min;
- 4) LOCAL: Estrada De Areia nº , bairro sítio cunha – Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa-PB.;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KC08108R196931, cor vermelha, ano/modelo: 2008, placa: MOC-3306/PB, licenciado em nome de CREMILSON SENA DA COSTA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE conduzia a referida motocicleta por uma estrada de areia no Sítio Cunha; QUE em determinado trecho da estrada, o notificante bateu em uma pedra que estava no caminho, perdeu o controle do veículo e caiu; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa.

9) OBSERVAÇÕES:

NÃO HOUVE.

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

Vanderley Gomes da Costa

VANDERLEY GOMES DA COSTA
Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivão/Agente Mat nº 155.335-6



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 022120 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de ra).

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 VANDERLEY GOMES DA COSTA	CPF da Vítima 082.058.104-60	Data do Acidente 22.08.2017
--	--	---------------------------------------

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 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.

José Pessom . 24 de outubro de 2018
Local e Data

24 OUT. 2018
PROTÓCOLO
JOSÉ PESSOMA

Vanderley Gomes da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES-123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1022229

**Identificação do paciente**

ID 1202702	Nome VANDERLEY GOMES DA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 31/10/1996	Idade 20 anos 9 meses 21 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LENILDA GOMES DE SOUZA	Pai ANTONIO JOSE NILDO DA COSTA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LENILDA GOMES DE SOUZA - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988804986	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 003697059	Nº Crs 203498792190018		
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R		

Endereço

CEP 58278000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro CAMPINAL
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 22/08/2017 09:10:12	Número da pulseira 1000005516734	Comérico SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Câmara	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

24 OUT. 2017
PROTÓCOLO
EM PEC

Diagnóstico

CID

Atendido por
IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDOTempo
29seg

Imprimir

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CREMILSON SENA DA COSTA,
RG nº 3445057, data de expedição 03/105/2006
Órgão _____, portador do CPF nº 086.839.324-00, com
domicílio na cidade de JACARAÚ - PB, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Curva, nº 511,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Vanderley, cujo o condutor era
Vanderley Jamil da Costa.

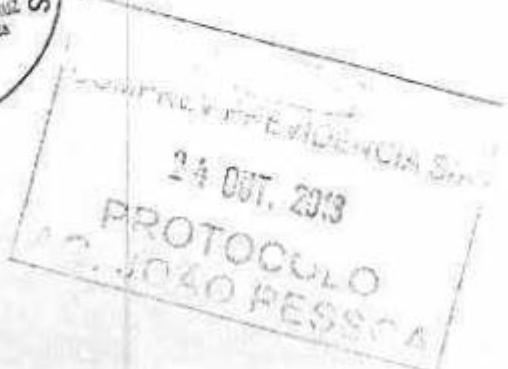
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: 150 TITAN
Ano: 2008
Placa: MOC 33061PB
Chassi: 9C2KC08308R196931

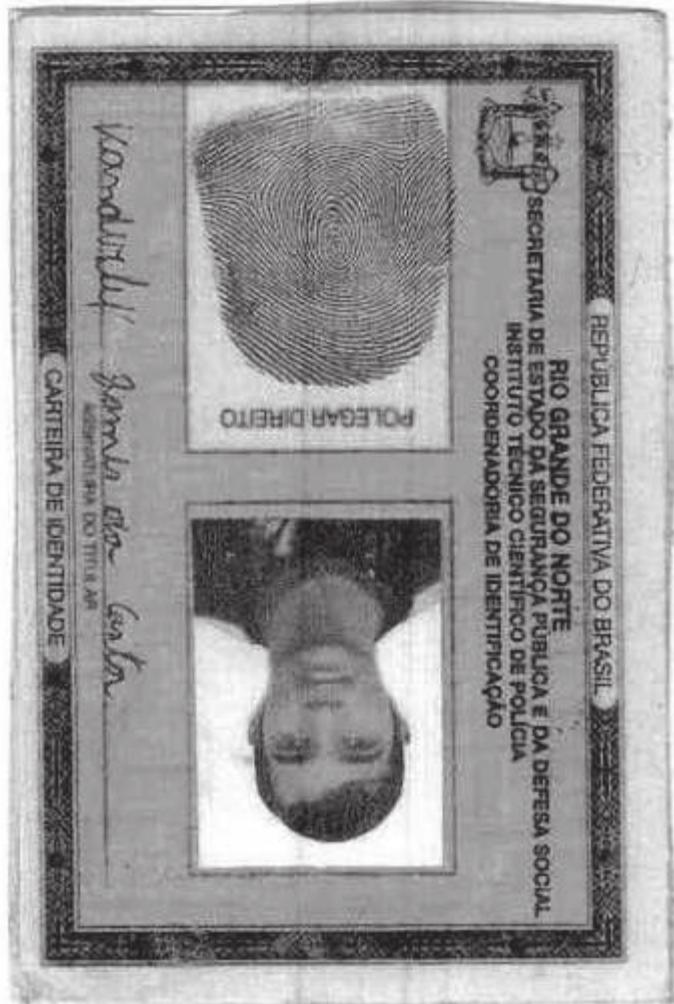
Data do Acidente: 20/10/2017
Local e Data: Jacaraú - PB 06/08/2018

CREMILSON SENA DA COSTA
Assinatura do Declarante

Vanderley Jamil da Costa

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





24 OUT. 2013

PROTÓCOLO

JOÃO PESO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN
DENTRAN

DCTAN - PB N° 011755318213
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DATA 2015-05-0009061-2
CÓD. PESO/VEÍCULO 096994734-8 D.O. 000000000 2015
EXERCÍCIO

NOME
CREMILSON SENA DA COSTA

CPF / CNPJ 08583932400 PLACA MOC3306/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC08108R196931

ESPECIE DE P.º PAS / MOTOCICLE / NAO APPLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN RS ANO FAB 2008 ANO MOD. 2008

CAP. P.º 07149 / CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º
IPVA FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS ***** 0 2º
***** 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00 PREMIO TOTAL (R\$) 100,00 DATA DE PAGAMENTO 27/05/2015
***** SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JACARA 27/05/2015 16152
62 - Cidade: CHAVES - PB

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 011755318213 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CREMILSON SENA DA COSTA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015-27/05/2015
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA CREMILSON SENA DA COSTA PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB. 08583932400 N.º CHASSI MOC3306/PB

00969947348 HONDA / CG 150 TITAN K PREMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$) 100,00 DENATAN (R\$) 100,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 100,00
2008 9 9C2KC08108R196931

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100,00 TOTAL A PAGAR PELO SEGURO (R\$) 100,00
***** PAGO
SEGURADO PAGO
PAGAMENTO DATA DEQUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04

24 OUT. 2013
PROTÓCOLO
N.º 1040 PES 2013

		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
PESSOAL	DATA EXPEDIÇÃO	30.3.2006
ENDERECO	34416-003	MAI 2006
NAME	REMILSON SENA DA COSTA	
Derivaldo Joaquim da Costa Maria Vera Lúcia de Sena Costa Jacaraú-PB		
13/03/1988		DATA DE NASCIMENTO
NATURALIDADE		
Cert. Nasc. nº 11.456, fls. 253 LIV. A-11-Part. Jacaraú-PB		
CPF		
Jaboatão - PB		
Assinatura do beneficiário		
LEIA N.º 11.456 DE 2006-03		



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0388996/18

Vítima: VANDERLEY GOMES DA COSTA

CPF: 082.058.104-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/08/2017

Titular do CPF: VANDERLEY GOMES DA COSTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VANDERLEY GOMES DA COSTA : 082.058.104-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/10/2018
Nome: VANDERLEY GOMES DA COSTA
CPF: 082.058.104-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

VANDERLEY GOMES DA COSTA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA