
Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE LIRA DE FRANCA**

Nº Sinistro: **3180192820**

Vitima: **ALEXANDRE LIRA DE FRANCA**

Data do Acidente: **03/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180192820**.

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, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE LIRA DE FRANCA**

Nº Sinistro: **3180192820**

Vitima: **ALEXANDRE LIRA DE FRANCA**

Data do Acidente: **03/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180192820**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

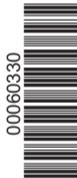
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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 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, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE LIRA DE FRANCA**

Nº Sinistro: **3180192820**
Vitima: **ALEXANDRE LIRA DE FRANCA**
Data do Acidente: **03/09/2017**
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 3180192820**.

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



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 Alexandre Hira da França CPF da Vítima 052 088 094-35 Data do Acidente 13-09-2017

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 atende 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.

SINCOR/PB
27 ABR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINA

Local e Data

João Pessoa - 08 de Janeiro de 2018

Alexandre Hira da França

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Lira da França,

RG nº 2935974, data de expedição 08/10/03 Órgão SSP/PB

CPF nº 05208809435, 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 Josi Pinheira de Andrade</u>
Número	<u>50</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Selze</u>
Cidade	<u>Bayuux</u>
Estado	<u>Piauí - PI.</u>
CEP	<u>58308080</u>
Telefone de Contato	<u>98766 8673</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

SINCOR/PB

27 ABR. 2018

Local e Data:

João Pessoa 08.02.18

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Assinatura do Declarante:

Alexandre Lira da França



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	Alexandre Lira de França
DATA DE NASCIMENTO	17/05/83
NOME DA MÃE	Maria das Dores Rodrigues de Lira

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1024888
DATA DO ATENDIMENTO	03/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	00:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de clavícula D.
CID 10	S42.0

SINCOR/PB

27 ABR. 2018

AVALIAÇÃO INICIAL:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com trauma em ombro direito. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura de clavícula direita (tipoia)

ALTA HOSPITALAR: 03/09/17
DATA DA EMISSÃO: 25/01/18


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

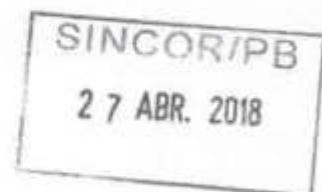
BRASIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **052.088.094-35**Nome: **ALEXANDRE LIRA DE FRANCA**Data de Nascimento: **27/05/1983**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **25/01/2002**Digito Verificador: **00****CONFERIDO COM O ORIGINAL**Comprovante emitido às: **15:20:47** do dia **08/02/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **8C0D.2415.3B25.C4FA**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



SINCOR/PS
27 ABR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL