

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11921476

A/C: MARIA DAGUIA MANGUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170587206 ASL-0417387/17

Vitima: MARIA DAGUIA MANGUEIRA

Data Acidente: 17/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11921490

A/C: MARIA DAGUIA MANGUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170587206 ASL-0417387/17

Vítima: MARIA DAGUIA MANGUEIRA

Data Acidente: 17/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221704 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

Nome completo da vítima

288.279.454-15

Maria Daqueia Mangueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Maria Daqueia Mangueira

Endereço

Rua Balkino Mendonça

Bairro

São Bento

Cidade

Bayeux

E-mail

CPF titular da conta

288.279.454-15

Profissão

func. pública

Idade

220

Cidade

Paraiíba

CPF

58305310

Telefone (DDD)

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

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ 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

Nº 4020

DV

7

CONTA

Nº 147858

CV

13

(informar se existe)

(informar se existe)

☐ **CONTA CORRENTE** (por os os bancos)

BANCO

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(informar se existe)

(informar se existe)

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.

1 Pessoa 25 de Outubro de 2017

Local e Data

Maria Daqueia Mangueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
- AUTOCATENDIMENTO -

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: ANA RAQUEL S S COUTINHO
AGÊNCIA: 1036-5 CONTA: 105910 6

FAVORECIDO

AGÊNCIA: 4020-7 CONTA: 147858 3

CLIENTE: MARCIA D MANGUEIRA

VALOR: ~~00,00~~

DATA: 25/09/2017

SINCUR/PP

27 OUT. 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01660.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01660.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:03 horas do dia 13 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maria Daguia Mangueira**, CPF nº 288.279.454-15, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Funcionária Federal, filho(a) de Joaquina de Sousa Mangueira e João de Sousa Mangueira, natural de Santana de Mangueira/PB, nascido(a) em 01/09/1953, (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Balbino Mendonça, Nº 220, complemento casa, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Delegacia de Polícia, na cidade de Bayeux/PB, telefone (s) para contato (83) 98622-2113.

Dados do(s) Fatos:

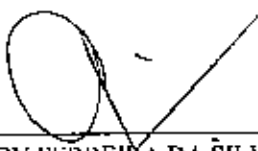
Local: Binário da Cidade de Bayeux, Outros, Bayeux/PB, bairro São Bento; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/10/16 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

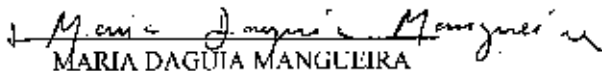
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE CRM PB 3323, DATADO DE 29/08/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MARIA DAGUIA MANGUEIRA
Noticiante

SINCOR/PR

27 OUT. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marica Dágua Manguiera, portador da carteira de identidade nº 522 363 e inscrito no CPF/MP sob o nº 288 279 454-15, residente e domiciliado na Rua Balbino Mendonça P. 220 s. Paralela, Cidade Bayeux, Estado Paraíba, 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:

- (+) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marica Dágua Manguiera

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 15 de Setembro de 2017

Local e data

JINCOR/PR

27 OUT. 2017



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 Maria da Guia Mangueira
DATA DE NASCIMENTO 01/09/53
NOME DA MÃE Joaquina de Siousa Mangueira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 98156
BOLETIM DE ENTRADA N.º 955157
DATA DO ATENDIMENTO 17/10/16 27 OUT. 2017
HORA DO ATENDIMENTO 22:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) Fratura trastrocantérica de fêmur direito
CID 10 S72.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com quadro de dor e incapacidade funcional em quadril direito, sm outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, quadril

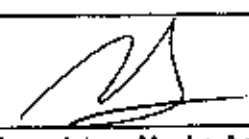
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX fratura transtrocantérica de fêmur D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura transtrocantérica de fêmur direito

ALTA HOSPITALAR: 31/10/16
DATA DA EMISSÃO: 29/08/17


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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

| | | | | |
|--------------------------|--|-------|--------------------|------------|
| REGISTRO GERAL | 522.363 | 2 VIA | DATA DE EXPEDIÇÃO | 17/08/2009 |
| NOME | MARIA DÁGLIA MANGUEIRA | | | |
| LOCAL | JOÃO DE SOUSA MANGUEIRA JOAQUINA DE SOUSA MANGUEIRA | | | |
| NATURALIDADE | SANTANA DE MANGUEIRA-PB | | DATA DE NASCIMENTO | |
| DOC. DE EM | NASC. N. 192 FLS. 48 LIV. 1A | | 01/09/1953 | |
| LOCAL | CARTÓRIO SANTANA MANGUEIRA | | | |
| CPF | 288.279.454-15 | | | |
| ASSINATURA DO DIRETOR | | | | |
| LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 | | | | |

3INCUV/PP

27 OUT. 2007

