
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

Vitima: 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221/04 ou 0800 221205
 (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 efetuar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e com conta regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

SINCR/PB

É obrigatório Representante Legal para:

27 OUT 2017

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 Dáqueira Manguiera

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome como em

Maria Dáqueira Manguiera

CPF (ultimo da conta)

288 279 454-15

Neficiá

fume, polin

Endereço

Rua Balkim Mendes

bairro

220

Bairro

São Bento

Cidade

Bayeux

CEP

5830-5310

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência (junto à Seguradora - Icor - 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

I - R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 SEM RENDA

II - R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 III - ATÉ R\$ 1.000,00

IV - R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

V - R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

VI - MAIS DE R\$ 5.000,00

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo). Assinale uma opção:

(C) BRADESCO (237) (F) BANCO DO BRASIL (001) (I) ITAÚ (341)

(C) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

4020

Nro.

7

CONTA

Nro.

142858 13

 CONTA CORRENTE (nos os bancos)

BANCO

Nome

...

...

...

...

Agência

Nro.

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
- AUTODATENDIMENTO -

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: ANA RAQUI. S S COUTINHO
AGÊNCIA: 1036-5 CONTA: 108910 6

FAVORITO DO

AGÊNCIA: 4020-7 CONTA: 147858 3
CLTESTR. MARIA D MANGUEIRA
VALOR: 00000

DATA: 25/09/2017

SINCur/PR

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 N° 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 Dagua 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 Joao 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:

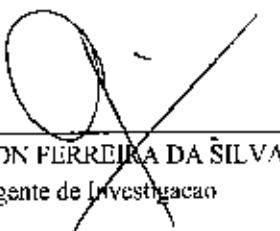
Local: Binário da Cidade de Bayeux, Outros, Bayeux/PB, bairro São Bento; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/10/16 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

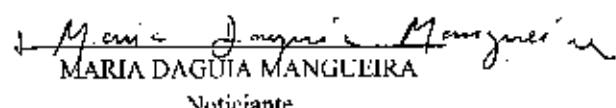
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 ALCoba 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2017.

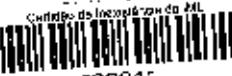

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MARIA DAGUA MANGUEIRA
Noticiante

SINCER/PR

27 OUT. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Dagniça Marquesira, 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 Mendesca nº 220 s. Ponto, Cidade Bayálex, 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 Lider 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.

Maria Dagniça Marquesira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 15 de Setembro de 2017

Local e data

INCor/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

JIN/CLK/PP

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, sem 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 trastrocantérica de fêmur direito

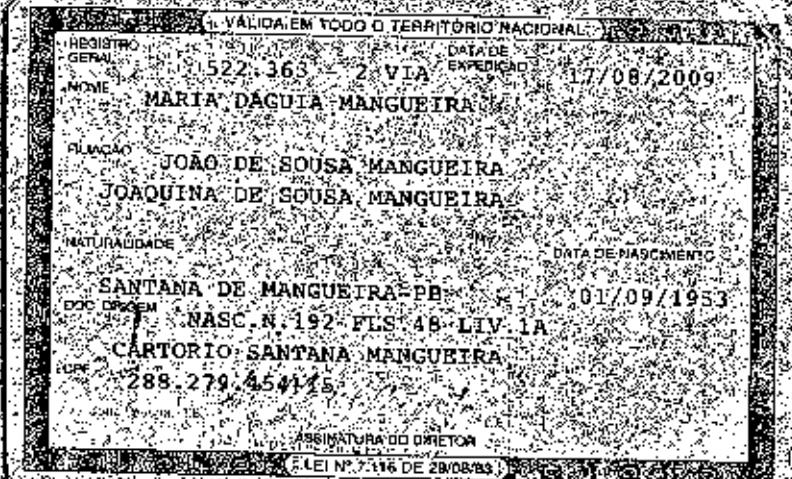
ALTA HOSPITALAR: 31/10/16

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



INFORPP

27 OUT. 2017



P.912