Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017**

**Aos Cuidados de:** **ELIEUDA FERNANDES DA COSTA**

**Nº Sinistro:** **3170668565**
**Vitima:** **ELIEUDA FERNANDES DA COSTA**
**Data do Acidente:** **22/06/2016**
**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170668565.**

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.b**r 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**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017**

**Aos Cuidados de:** **ELIEUDA FERNANDES DA COSTA**

**Nº Sinistro:** **3170668565**
**Vitima:** **ELIEUDA FERNANDES DA COSTA**
**Data do Acidente:** **22/06/2016**
**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170668565**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018**

**Aos Cuidados de:** **ELIEUDA FERNANDES DA COSTA**

**Nº Sinistro:** **3170668565**
**Vitima:** **ELIEUDA FERNANDES DA COSTA**
**Data do Acidente:** **22/06/2016**
**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 3170668565.**

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**

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

Boletim de ocorrencia

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 757/2016**

*Versando sobre:* **Acidente de trânsito**
Data do fato: **22/06/2016** - Horário: **15h 30min**
Local do ocorrido: - Rua Jose Bezerra Neto, Pombal/PB
Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **04/11/2016 – 15h 24min**

**COMUNICANTE**: **Elieuda Fernandes da Costa, alcunha //**; **Filiação:** Vicente Urtiga da Costa e de Maria Fernandes da Costa; **Profissão:** agricultora; **Estado Civil:** solteiro ( ), casado (x), união estável ( ), viúvo(a) ( ); **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileiro (a); **Data de Nascimento:** 19/08/1983; **Endereço Residencial:** Rua Dalva Ferreira de Queiroga, 163, Santo Amaro, Pombal - PB; **Endereço Profissional: **; Telefone** //; **Portador da CI/RG nº:** 3137478 – SSP/PB.

**VÍTIMA:**

**HISTÓRICO**: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia uma moto, quando colidiu com outra moto e conduzido não identificado, vindo a cair ao chão; Que foi socorrido por populares e levado para o Hospital Regional de Pombal; Que devido ao acidente fraturou um dos dedo do pé esquerdo; Que são testemunhas: Emanuel da Costa Alves, conhecido NEO, residente na Rua Miguel Brilhante, sn, Pereiros, Pombal/PB; Que conduzia moto Honda CG 125, Titan, Placa MNA 9638/PB, cor azul, NIV 9C2JC250WNA043014, ano 1997/1998, licenciada em nome de Cicera dos Anjos Sebastião; Que vera comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 04 de novembro de 2016.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Francisco Claudio Beserra.

COMUNICANTE: Elieuda Fernandes da Costa

PROTOCOLO 18 DEZ. 2017 AGE. JOÃO PESSOA

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Tit.: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
A presente fotocópia confere com o original exibida nestes Notas. Dou fé.
POMBAL-Paraíba, 07/06/2017
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C-AFD33289-IJ64
Confira os dados do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br
[EM:13,85][FA:1,75][99:0,69][TT:3,84]

joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53

02

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
# "SENADOR RUI CARNEIRO"

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: —

**PACIENTE:**

NOME: Glenda Fernandes da Costa

COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 19/08/83 IDADE: 32 SEXO: F

NOME DA MÃE: Maria Fernandes da Costa PROFISSÃO: Dona de Casa

CARTÃO DO SUS: 705 6055 6047 0184 RG/CNH: _____

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Dona Emília Guimarães

ESTADO: PB CEP: 58.840-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 22/06/2016

**SINAIS VITAIS:**

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: _____

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:**

Paciente com quadro de acidente de motocicleta com dor intensa e pé esquerdo.

Documentação médico – hospitalar

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

**PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:**

1° Dipirona 5ml 16.00
2° Tilatil 40 c/ 1 cp 16.00
3° Dexametasona 4mg 5ml 16.00
4°
5°
6°
7°
8°
9°
10°
11°
12°
13°
14°
15°
16°
17°
18°
19°
20°

COMPREV – COORDENADORIA PREVIDENCIÁRIA
18 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

03

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
# "SENADOR RUI CARNEIRO"

**DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:** Pneumotórax

**OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:**

**ASS./COREN:**

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

- [ ] 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- [ ] 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- [ ] 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- [ ] 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- [ ] 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- [ ] 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- [ ] 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- [ ] 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- [ ] 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

**MEDICAÇÃO:**

- [ ] 1 - PRESCRIÇÃO
- [ ] 2 - APLICADA
- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL

**ENCAMINHAMENTO:**

- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

| CÓDIGO/PROCEDIMENTO | ATIV. PROF. | TIPO ATEND. | GRUPO ATEND. | FAIXA ETÁRIA |
|---|---|---|---|---|
| 0301010010 61 | 22 | 51 | 25 | |
| | | | | |

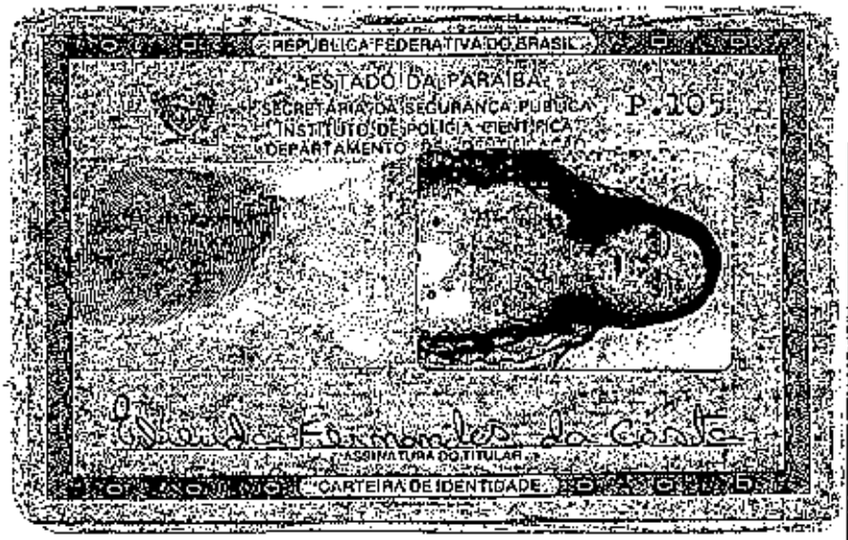
**ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSITENTE (S) - CARIMBO (S)**

**ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL** **OU POLEGAR DIREITO**

**ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO**

**ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO**

Documentos de Identificação


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: ELILDA FERNANDES DA COSTA

FILIAÇÃO: Vicente Urtiga da Costa
Maria Fernandes da Costa

NATURALIDADE: Pombal-PB

DATA DE NASCIMENTO: 19-08-1983

NACIONALIDADE: Cert.Nas.Nº.17.603.Fls.171.Liv.A-16
Cart.Pombal-PB

CPF: 060.231.784-30

ASSINATURA DO DIRETOR

CONTRAPONTO LTDA. LEI 7.116 DE 29/08/83

COMPREV SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA S/A
18 DEZ 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

06

DUT

MINISTERIO DA JUSTIÇA

Nº 508211224-0

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

RT 200100001414451-0

2001

CICERA DOS ANJOS SEBASTIÃO

R JOAQUIM S NOVO 21

CENTRO

58695000 DESTERRO PB

MNA9638/PB

5002621643 4

MNA9638 PB 9C2JC250WVR043014

GASOLINA

1997 1998

HONDA/CG 125 TITAN

PARTICULAR AZUL

29/08/2001

SEGURO B.A.C.O.

SEM RESERVA DE DOMINIO

21/09/2001

240691

VEICULO

SEBASTIÃO

R JOAQUIM S NOVO 21

CENTRO

58695000 DESTERRO PB

MNA9638/PB

5002621643 4

BILHETE DE SEGURO DP 2002 A 01/01/2002

PB Nº 531816284-0

CICERA DOS ANJOS SEBASTIÃO

R JOAQUIM S NOVO 21

CENTRO

DESTERRO PB

5002621643 4

MNA9638/PB

6885724-2 GAS HONDA/CG125 TITAN

1997 9 9C2JC250WVR043014

SEGURO B.A.C.O.

R$ 1 9 5 3 5 8 9 5 B R

07

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN PB
PRT 200024000037169 9
N° 4732873420

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 | COD. RENAVAM 688572472 | RTD

NOME/ENDEREÇO
GICERA DOS ANJOS SEBASTIAO
R JOAQUIM S NOVO 2
58695000 DESTERRO PB

CPF/CGC 50026164 | PLACA MNA9638

NOME/RAZÃO SOCIAL DETRANTA

CHAPA MNA9638 PB | CHASSI 9C2JC25OWY6043074

ESPÉCIE/TIPO PAS/MOTOCICLO | COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN | ANO FAB 1997 | ANO MOD 1998

CAP/POT/CIL 125 / 124 / C1 | CATEGORIA PARTICU | COR PREDOMINANTE AZUL

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

TEIXEIRA | 30/05/2001

240593 | LEITE 1053

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Outros

# PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

*Outorgante:* Eliluda Fernandes da Costa, brasileiro (a), casada, _____, portador(a) da cédula de identidade sob nº 3337478 e do CPF sob nº 060.233.784-30 residente e domiciliado (a) Rua Dalva Ferreira de Queiroga, Pombal - Estado da Paraíba.

*Outorgado*: **BEL. THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 16.314, Seccional da Paraíba, subseção Pombal, com endereço profissional na Rua Manoel Firmino, nº 29 CEP: 58.840.000, Centro da Cidade de Pombal, Estado da Paraíba.

**Confere poderes**: Para o foro em geral, com a cláusula ad judicia – "et extra", em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, assinar termos de caução real ou fidejussória, concordar, discordar, enfim tudo mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato, inclusive para representá-lo junto a autarquias públicas federais, estaduais e municipais.

**POMBAL-** *Terra de Maringá-, em* 05/06/2017.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

x Eliluda Fernandes da Costa

*Outorgante*

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Tit.: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
A presente fotocópia confere com o original exibido nestas Notas. Dou fé.
POMBAL-Paraíba, 07/08/2017
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C-AFD33289-IJ84
Confira os dados do ato em https://seldigital.tjpb.jus.br
[EM:13.85][FA:1.35][ISS:0.69][LT:3.04]

joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53

# DECLARAÇÃO DE HIPOSUFICIÊNCIA

Eu, Cleuda Fernandes da Costa, brasileira, casada, portadora de RG sob nº 3103778 e CPF sob nº 060.231.184-30, residente e domiciliada a rua Dalva Ferreira de Queiroga, Santa Amaro, Pombal-PB, **declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda**, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

**Pombal** – *Estado da Paraíba*, em 05 / 06 / 2017.

Cleuda Fernandes da Costa

**declarante**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

10

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0485648/17
Vítima: ELIEUDA FERNANDES DA COSTA
CPF: 060.231.784-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/06/2016
Titular do CPF: ELIEUDA FERNANDES DA COSTA

**DOCUMENTOS ENTREGUES**

**Sinistro**
Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

**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.**

| Portador da documentação entregue | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| Data da entrega: 18/12/2017 | Data do cadastramento: 18/12/2017 |
| Nome: ELIEUDA FERNANDES DA COSTA | Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA |
| CPF/CNPJ: 060.231.784-30 | CPF: 105.999.304-03 |
| ELIEUDA FERNANDES DA COSTA | NATALIA SOARES ALVES DA SILVA |