

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Lilias Santo da Silva, portador da carteira de identidade nº 4.416.326 e inscrito no CPF/MF sob o nº 1862376451, residente e domiciliado na Epitácio Madruga, Cidade Itapetrolina, Estado PB, 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.

Lilias Santo da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 28-04-2018

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucas Santos da SilvaRG nº 4.416.326, data de expedição 07/03/2016 Órgão SSPB

CPF nº 136.263.7645, 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>E. pitácio madruge</u>
Número	<u>n/5</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Itaperiçoca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58225-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-98843-3928</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 4.P. 23.01.18Assinatura do Declarante: Lucas Santos da Silva

JEFFERSON GOMES MONTEIRO
RUA ESTACIO MADRUGA, S/N - CENTRO
MUNICÍPIO DE JACAREZINHO - SP

Cidade/Estado: RESCENDIMENTO / BARRA MONTEAGAS
R. 200 M. 25 - Fone Residencial - João Pessoa (011) - CEP 58011-020
R. 17 - 401 - 650 - Referência: Junho 2016
M. 1334578-0 - Emissão: 12/06/2016

ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 06.618.000/0001-40 - Ins. Est. 15.015.023-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº 002.140
Código para Dúvidas Automáticas: 000123456789

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1334578-0

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002

13/06/2016

Data prevista da próxima leitura

14/07/2016

CPF/CNPJ/RANI

0436789490

Insc. Est.

Faturas em atraso

19/05/2016 58,10
21/03/2016 75,37

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16 117
Abr/16 122
Mai/16 135
Jun/16 178
Jul/16 132
Ago/16 158
Set/16 124
Out/16 124
Nov/16 142
Dez/16 122
Jan/16 144
Fev/16 158

Média dos últimos meses
134 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 13/06/16 Leitura: 0088	Data: 13/06/16 Leitura: 8221	1	130	27

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-EP	30	0,44453	13,34
Consumo - 31 a 100 kWh-EP	70	0,24104	16,87
Consumo - 101 a 220 kWh-EP	30	0,27181	8,15
Subsídio			21,28
ICMS			22,48
PS			0,82
COFINS			4,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,20
JUROS DE MORADOR			0,78
MULTA 04/2016			1,08
COMPENSAÇÃO POR INJEÇÃO DE ENERGIA			-0,08
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2016			0,42
Devolução do Subsídio			-21,89

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	83,26	27,00	22,48
PS	83,26	1,000	0,82
COFINS	83,26	5,1010	4,24

VENCIMENTO

20/06/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,05

a2ce.c187.bf70.1e6c.de2a.2837.f782.e519

Indicadores de Qualidade (2015-Até)

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI. MENSAL	0,80	3,00	
DI. TRIMESTRAL	12,74		
DI. ANUAL	97,48		
FI. MENSAL	2,80	4,00	
FI. TRIMESTRAL	1,72		
FI. ANUAL	15,45		
CMSC	3,21	1,00	
CMCR	12,22		

Classificação de valores atribuídos a esta região

Classificação	Valor (R\$)	%
Serviços de Op. de Energia	12,65	17,18
Serviços de Transmissão	16,44	22,48
Serviços de Distribuição	0,80	1,04
Serviços de Manutenção	0,80	1,04
Serviços de Engenharia	20,18	27,48
Serviços de Outros	0,00	0,00
Total	71,13	96,00

Valor do EURD (Ref. 4/2015) R\$ 17,00

ATENÇÃO

PARA O CANCELAMENTO da(s) fatura(s) durante o período em atraso, o fornecedor poderá ser suspenso a partir de 20/06/2016. Condição: Resol. nº 414/NEEL. O pagamento após esse prazo não eliminará a suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comprovado ou as contas pagas não estejam na validade concedida para o cancelamento. Caso tenha faturas em atraso, deverá ser pago o valor em atraso. ESTE PRAZO NÃO VÁLIDAMENTE PARA AS FATURAS JÁ REANCIADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o vencimento da próxima fatura. Condição de cancelamento da fatura a ser paga. Fatura sujeita a inclusão em dívidas de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Fatura sujeita a inclusão em dívidas de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

PARADA

R. 17 - 401 - 650
Município: 1334578-2016-06-1

VENCIMENTO

20/06/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,05

8367000000-0 73050054000-2 13345782016-4 06100170019-6





Documentação médica - hospitalar



CRIO DA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0775/2016

Atendendo solicitação de SILVÂNIA DIAS SANTOS DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 841404 e Prontuário Nº 2016.04.000359 pertencentes a **LUCAS SANTOS DA SILVA**, que foi atendido no dia 04/04/2016 às 21H34min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 4º metatarso esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/04/2016. Alta dia 20/04/16.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde ceto e assino a presente certidão.

João Pessoa, 06 de Junho de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2859

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-065

Lucas Santos da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

LUCAS SANTOS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

21/05/1999

Nº INSCRIÇÃO

0474 2307-1228

D.V.

007

ZONA

0149

MUNICÍPIO IUF

TAPOROROCA/PB

DATA DE EMISSÃO

26/04/2016

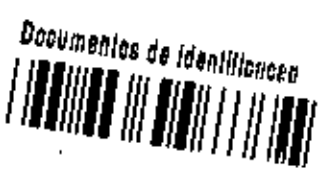
ASSINATURA DO ELEITOR

Lucas Santos da Silva

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

4.416.326

DATA DE EXPEDIÇÃO

07/03/2016

NOME

LUCAS SANTOS DA SILVA

FILIAÇÃO

RONALDO VASCONCELOS DA SILVA

SILVANIA DIAS SANTOS DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

21/05/1999

DOC ORIGEM

NASC.N.4558 FLS.107V LIV.A 06

CARTORIO CURRAL DE CIMA PB

OPF

136.263.764-51

Lucas Santos da Silva

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Lucas Santos da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

CÓDIGO DE CONTROLE

4C0D.E885.78A7.E80B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 21:45:42 Go dia 04/02/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

136.263.764-51

Nome

LUCAS SANTOS DA SILVA

Nascimento

21/05/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

VÍTIMA Lucas Santos da Silva IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE 04.04.16 POSSUI CPF SIM () NÃO (X) Nº CPF 136.263.364.51

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Lucas Santos da Silva O4 Silva

Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 136.263.364.51

E-mail 136.263.364.51

Data 23.04.16 Assinatura Lucas Santos da Silva Tel 89 988433918

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) At Central João Pessoa
Atendente Nádia de Costa Matrícula 8288073
Data: 23.04.16 Assinatura: Lucas Santos da Silva

Vinícius Campos da Silva

De: José Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinícius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: José Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RE: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160177/18
Vítima: LUCAS SANTOS DA SILVA
CPF: 136.263.764-51

Data do Acidente: 04/04/2016
CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS SANTOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCAS SANTOS DA SILVA : 136.263.764-51

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2018
Nome: LUCAS SANTOS DA SILVA
CPF/CNPJ: 136.263.764-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2018
Nome: PRISCIANE DE SOUSA CORREIA
CPF: 101.812.987-16

LUCAS SANTOS DA SILVA

PRISCIANE DE SOUSA CORREIA

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180204475

Vitima: LUCAS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180204475**.

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

Carta nº 12779512



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180204475

Vitima: LUCAS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180204475**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS SANTOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180204475**
Vitima: **LUCAS SANTOS DA SILVA**
Data do Acidente: **04/04/2016**
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 3180204475**.

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

Carta nº 13559771





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Lucas Santo da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.416.326 EXPEDIDO POR SS / PB EM 02/03/2016
CPF 136203464-54 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 0044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000111668-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

23 de abril de 2018

LOCAL E DATA

Lucas Santo da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

JNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

110-607381125-3

20/04/2018

HORA DE 11:35:59

LOT. 13.018188-9

TERM 059545

LOCALIDADE: ITAPORORICA

AG. VINCULADA: 0044

CONTROLE: 110402412

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL

NOME: LUCAS SANTOS DA SILVA

AGÊNCIA: 0044

OPERAÇÃO: 013

CONTA-CV: 000.000.111.668-9

DATA DA ABERTURA: 20/04/2018

LOTÉRIAS CAIXA

110-607381125-3

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

1ª VIA

Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



mento verbal de pessoa
t, cujo teor agora passo a

71 000885 2:41 8187-304-97
76-000-2018 14:22 588020 141

Competência 1:

Data/Hora do Fato: 04/04/16 17:00 X

Tipo do Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Itapororoca - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 04/04/16, por volta das 17:00h, quando seu filho de nome LUCAS SANTOS DA SILVA, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, com 17 anos de idade, Estudante, RG. 4.416.326-SSP/PB, se encontrava como carona numa motocicleta de marca HONDA, cor preta, de placa não sabida, conduzida por um amigo de identidade não sabida da notificante, na ocasião que este trafegava estrada da cidade de Itapororoca/PB, ao desviar de um animal que cruzou à sua frente, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato LUCAS SANTOS DA SILVA veio a sofrer fratura do 4º metatarso esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

INVESTIGATION REPORT NO. 680068755

12x

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 27 de Julho de 2016

Silvânia Dias Santos da Silva

SILVÂNIA DIAS SANTOS DA SILVA

Noticiante /

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX

Escrivão De Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.602-J