

---

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11656227

A/C: MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170495398 ASL-0348731/17

**Vitima:** MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA

**Data Acidente:** 11/12/2016

**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](http://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](http://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,



---

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11658412

A/C: MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170495398 ASL-0348731/17

Vitima: MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA

Data Acidente: 11/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/12/2016**. 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170495398**  
Vitima: **MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA**  
Data do Acidente: **11/12/2016**  
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 3170495398**.

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**

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA \_\_\_\_\_

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, Maria Helena Lima Delfino da Silva

POR(TADOR(A) DO RG Nº 3473330 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 03/08/06

CPF 102963864-05 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Tran.

E RENDA MENSAL DE R\$ 15,00. (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Helena Lima Delfino da Silva. 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 POUPIANÇA 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](http://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.

**IMPORTANTÉ:** 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 1024 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 47597-9

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

Nº do BANCO 1024 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 47597-9

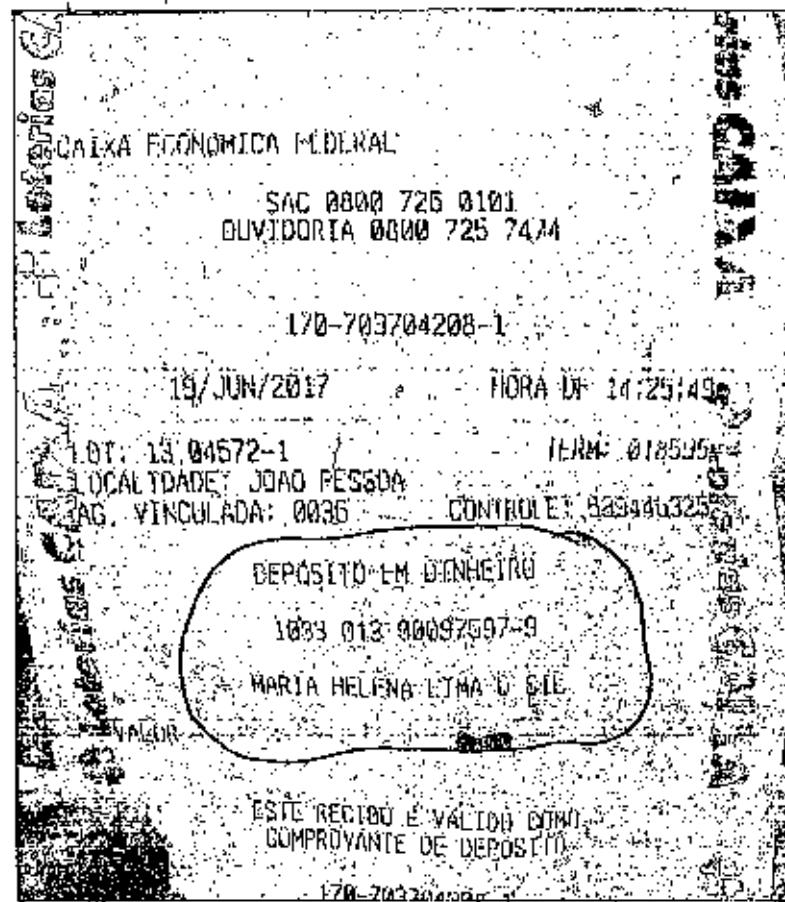
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 12 de fevereiro de 2017 Maria Helena Lima Delfino da Silva  
LOCAL E DATA 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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

29/02/19



SINCOR/PB

06 SET. 2017



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01046.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01046.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:04 horas do dia 07 de junho 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 Helena Lima Delfino da Silva**, CPF nº 102.963.864-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão do Lar, filho(a) de Nadja Lima do Nascimento e João Batista Delfino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/07/1991 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rafael da Silveira Lima, Nº 529, complemento casa, bairro Oiticicó, tendo como ponto de referência Próximo a Praça Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-6404.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Viaduto de Oiticicó, Outros, João Pessoa/PB, bairro Oiticicó; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/12/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE VINHA DE GARUPA NA MÔTOCICLETA HONDA NXR BROSS DE COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA NZN-1378-RN, CHASSI Nº 9C2KD0550CR536059, EM NOME DE GERALDO TEMISTOCLES NUNES, E CONDUZIDA NO DIA DO ACIDENTE PELO SENHOR RAFAEL DA SILVA NUNES, CNH Nº 04480133505-PB, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA, CRM-PB 2329, DATADO DE 27/04/2017, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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, exceto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de junho de 2017.

CLEODON-FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA  
Noticiante

**SINCOR/PR**  
06 SET. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Helena Bimba Delfino da Silva, portador da carteira de identidade nº 3473 330 e inscrito no CPF/MF sob o nº 102 963 864-05, residente e domiciliado na Rua Rafaella Silveira Lizonha 529, Cidade João Pessoa, 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.

Maria Helena Bimba D. da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

J. Pessoa 12 de junho de 2017

Local e data

SINCOR/PB

06 set. 2017

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Maria Helena Lima Delfino da Silva,

RG nº 3433330, data de expedição 03/08/06 Orgão SSP/PB

CPF nº 102 963 864-05, 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 Rafael Silveira Lima</u>
Número	<u>nº 529.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Oitizinho</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58087290</u>
Telefone de Contato	<u>9 8383 6404</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa - 12-06-2017

Assinatura do Declarante: Maria Helena Lima D da Silva

**SINCORIPB**

06 SET 2017



# Declaração do Proprietário do Veículo



Eu,

Geraldo Temistocles Nunes

RG nº 8.316.787-0 data de expedição 06/11/98

Órgão SE SP, portador do CPF nº 457.039.988-90  
domicílio na, cidade de São Paulo, no Estado de  
Párasiba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Olégarvo Feliz Quirino Leão nº 251

complemento s/n. PT. 30 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Mario Henrique Lima Oliveira da Silva cujo o condutor era  
Rafael da Silva Nunes

Veículo: MOTO

Modelo: NXR 150 Bros ES

Ano: 2011/2012

Placa: NZN 5378

Chassi: 9C2K00550CR536059

Data do Acidente: 11-12-2016

Local e Data: São Paulo 02 - Julho 2017

**SINCOR/PB**

06 SET. 2017

(Assinatura do Declarante)

(Assinatura do Condutor)(caso seja um terceiro que não é a vítima/reclamante do sinistro)



**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUZ. ERNESTO GERSI, 500 - ERNESTO GERSI - CEP 58035-400 - JOÃO PESSOA - PB  
Reconheço Por Autenticidade a firma de GERALDO  
TEMISTOCLES NUNES, [34870], J.Pessoa-PB, 03/07/2017  
11:14:19 Enol R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepj:R\$1,85,  
ISS:R\$0,46. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSTA  
ERNESTO SILVA, pelo Digital AFJ22249-74XF Consulte em  
<https://selodigital.mjpe.mtjpe.mtjpe.com.br>



**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RUA JUZ. ERNESTO GERSI, 500 - ERNESTO GERSI - CEP 58035-400 - JOÃO PESSOA - PB  
Reconheço Por Autenticidade a firma de RAFAEL DA SILVA  
Nunes, [28597], J.Pessoa-PB, 05/07/2017, 11:22:22 Enol  
R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepj:R\$1,85, ISS:R\$0,46. Em test da  
verdade. Tabelia CELEIDA COSTA PEREIRA SILVA. Selo  
Digital AFJ22671-4ZBZ Consulte em  
<https://selodigital.mjpe.mtjpe.mtjpe.com.br>





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 HELENA LIMA DELFINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	29/07/91
NOME DA MÃE	NADJA LIMA DO NASCIMENTO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	966.872	SINCOR/PR
DATA DO ATENDIMENTO	11/12/16	
HORA DO ATENDIMENTO	19:03	06 SET. 2017
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO	
CID 10	S91.3	

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em coluna lombar, apresentando ferimento contuso no pé esquerdo. Consciente e orientada. Nega vômito e nega perda da consciência. Abdomen sem queixas. Pupilas isocôricas. Glasgow 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimento.

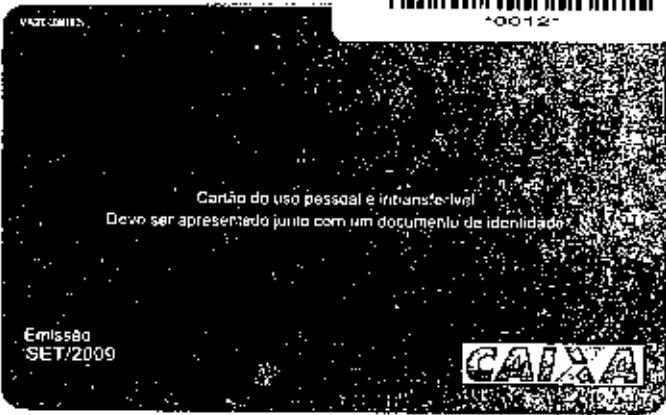
ALTA HOSPITALAR:	11/12/16
DATA DA EMISSÃO:	27/04/17

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/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 TERRITORIO NACIONAL	
RÉGISTRO 05441	DATA DE EMISSÃO 05/07/2006
NOME - MARIA HLENA LIMA DELFINO DA SILVA	
FILIAÇÃO JOAO BATISTA DELFINO DA SILVA NADJA LIMA DO NASCIMENTO	
NATURALIDADE  JOAO PESSOA - PB	DATA DE NASCIMENTO  29/07/1991
DOC. ORIG/MS. N. 53196 FLS. 268V LIV.A16	
CARTÓRIO JOAO PESSOA - PB	
CPI	<i>M. Helena</i>
MIN. PESSOA - PB	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE LEITE MELHOR DE BOMBAES



SINCURIPB

q6 SET. 2017



INCORRIPPE

2007

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES**

**DETIN- PR** N° **01262459913**  
CERTIFICADO DE CADASTRO E DE ENCAMINHAMENTO DE VEICULO  
**PRT - 20150000400679-5**  
1. **0043038892-9** 007000000000 2016

**GERALDO TEMISTOCLES ROMÉO**

75703996891

KZH1318/PB

6. WCN1378 78 9C2KD0550CR536059

HONDA/HHR150-BROS RS

2 P/149 /CT PARTIC VERSVETU

IPVA PAGO EM: 13/09/2016

☆☆☆☆☆☆☆

REGISTRATION FORMS | Page 3 of 3 | 12/09/14

STOU RESERVA DE DOCUMENTO

• १०८ •

JONI PESSOA-PB

42692

DATA  
22/09/2016

SIGURADORA-UDER-DEVA

www.17z.com

www.ijerph.com