

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO**

Nº Sinistro: **3180131921**

Vitima: **GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO**

Data do Acidente: **08/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180131921**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

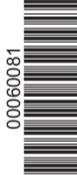
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO

Nº Sinistro: 3180131921

Vitima: GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO

Data do Acidente: 08/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180131921**.

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



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO**

Nº Sinistro: **3180131921**
Vitima: **GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO**
Data do Acidente: **08/05/2017**
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 3180131921**.

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 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

012388704-65

Nome completo da vítima

Gladison de O. Homonato

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gladison de Oliveira Honorato	012388704-65	eletricista
Endereço	Número	Complemento
Rua Agnício Lucio de Souza	82	
Bairro	Estado	CEP
Mangabeira	Paráiba.	58056110
Email	Telefone (DDD) 98719 5655	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	SINCOR/PB
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	21 MAR. 2018
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA Nº	D/V	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº
3487		35505	3
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
CONFERIDO COM O ORIGINAL			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Local e Data
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINCOR/PB

21 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Lotarias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474
OVIDORIA 0800 725 7474

005-462032741-6

05/JAN/2018

HORA DF 14:17:02

LOT: 13.04597-7

TERM: 018600

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 3487 CONIRLE: 50073942

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3487 013 00035505-3

GLEDISON DE OLIVEIRA DA S

VALOR

1a VIA

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

005-462032741-6

Lotarias CAIXA

Lotarias CAIXA

Lotarias CAIXA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01616.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01616.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:37 horas do dia 06 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 Gledson de Oliveira Honorato, RG nº 2693076 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Gislene de Oliveira Honorato e Heriberto Honorato da Silva Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/04/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Agrícola Lúcio de Souza, Nº 82, complemento casa, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Colegio Luiz Ramalho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98717-5655.

Dados do(s) Fatos:

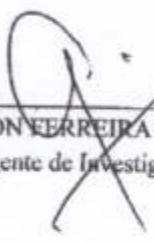
Local: Ladeira do Timbó, Outros, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/05/17 06:07h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA ANO 2012, DE PLACA OFA-7574-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR599033, EM NOME DE HERIBERTO HONORATO DA SILVA FILHO, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, 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, 06 de setembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


GLELDSON DE OLIVEIRA HONORATO
Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

21 MAR. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gledison de Oliveira Honorato

CPF da Vítima

092 388 704-65

Data do Acidente

08-05-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Telefone: (11) 3...

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

SINCOR/PB

21 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me comprometer à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, que venha a constar no laudo 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

goiânia, 30 de janeiro de 2018
Local e Data

Gledison de Oliveira Honorato

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gledison de Oliveira Homonato,

RG nº 2693076, data de expedição 28/09/17, Órgão SSP/PB,

CPF nº 012388704-65, 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 Acácio Lucio de Souza</u>
Número	<u>nº 82</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>João Pessoa. PB</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58056110</u>
Telefone de Contato	<u>98717 5655</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

21 MAR. 2018

Local e Data: João Pessoa, 30/01/18

Assinatura do Declarante

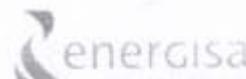
Gledison de Oliveira Homonato

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica - Nº 000.577.420



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 238, Km 25 - Criciúma Retenção - João Pessoa / PB - CEP 58011-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc Est. 16.215.821-0

DADOS DO CLIENTE

HERIBERTO HONORATO DA SILVA
RUA AGRICIO LUCIO DE SOUZA 82
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/320067-2

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

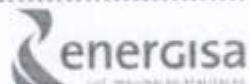
JAN/2018

15/01/2018

115

22/01/2018

R\$ 93,13



HERIBERTO HONORATO DA SILVA

Roteiro: 08-005-220-0720

83640000000-3 93130149000-5 03200672018-2 01000005019-4

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

22/01/2018

R\$ 93,13

320067-2018-01-0



SINCOR/PB

21 MAR. 2018

CONFIRDO COM O ORIGINAL

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	GLEDISON DE OLIVEIRA HONORATO
DATA DE NASCIMENTO	19/04/82
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES BEZERRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	101.924	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	998.953	SINCOR/PB
DATA DO ATENDIMENTO	08/05/17	21 MAR. 2018
HORA DO ATENDIMENTO	07:25	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	LESÃO EXPOSTA DE TENDÃO PATELAR DIREITO	
CID 10	S86.2	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimento corto-contuso com lesão exposta de tendão patelar direito. Abdômen sem queixas. TC de crânio, sem anormalidades. Internação para cirurgia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada de crânio

Tomografia computadorizada de perna direita.

TRATAMENTO:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Tratamento cirúrgico de lesão de tendão patelar direito.

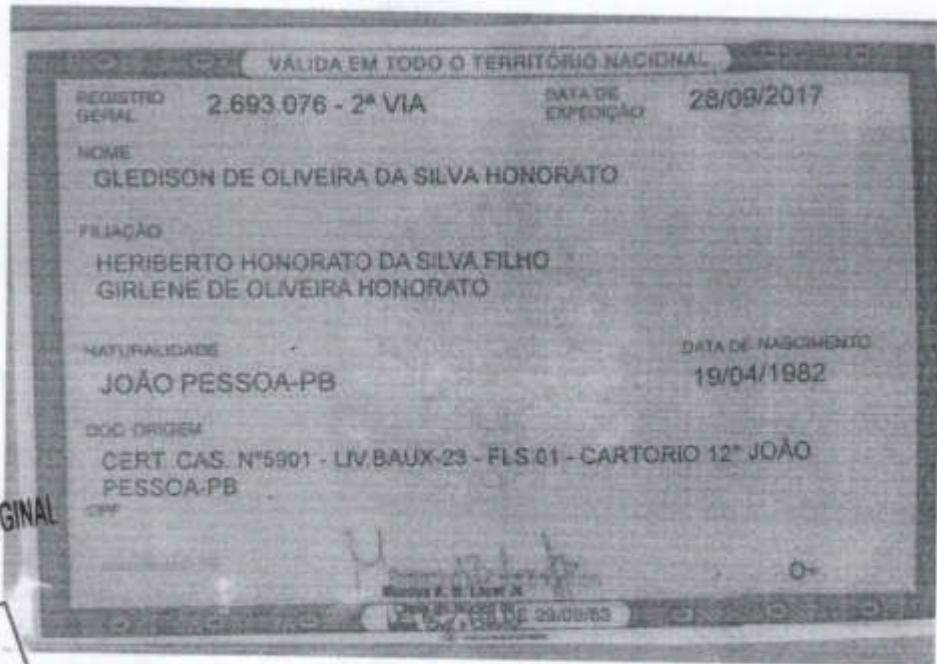
ALTA HOSPITALAR: 11/05/17

DATA DA EMISSÃO: 29/08/17

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INBS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



SINCOR/PB
21 MAR. 2018

