
Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2017

Carta nº: 11902646

A/C: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170572958 ASL-0410643/17

Vitima: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO

Data Acidente: 04/05/2017

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,



Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2017

Carta nº: 11906261

A/C: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170572958 ASL-0410643/17

Vitima: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO

Data Acidente: 04/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/05/2017**. 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
- Documentação médico-hospitalar 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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALINE GENEROZA DA CONCEICAO**

Nº Sinistro: **3170572958**
Vitima: **ALINE GENEROZA DA CONCEICAO**
Data do Acidente: **04/05/2017**
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 3170572958**.

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 SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221203 (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:

23 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

101675094-38

Nome completo da vítima

Aline G. da Conceição

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo	CPF titular na conta	Endereço
Aline Genoveza da Conceição	101.675.094-38	Av. Juscelino Kubitschek, 1000 - Centro
Endereço	Número	Cidade
Rua Irmã Baldas de São Bartolomeu	36	Parauapebas
Bairro	Estado	CEP
Jacumã	Pará	68322000
Email	fone (DDD)	(83) 3770-2362

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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 001,00 ATÉ R\$ 1.000,00
<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	ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
BANCAXA ECONÔMICA FEDERAL (004)

AGÊNCIA Nº:	DN:	CONTA Nº:	DN:
0036		80210	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	DN:
BNP	

AGÊNCIA Nº:	DN:	CONTA Nº:	DN:
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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.

J. Pessoa, 19 de Outubro de 2017

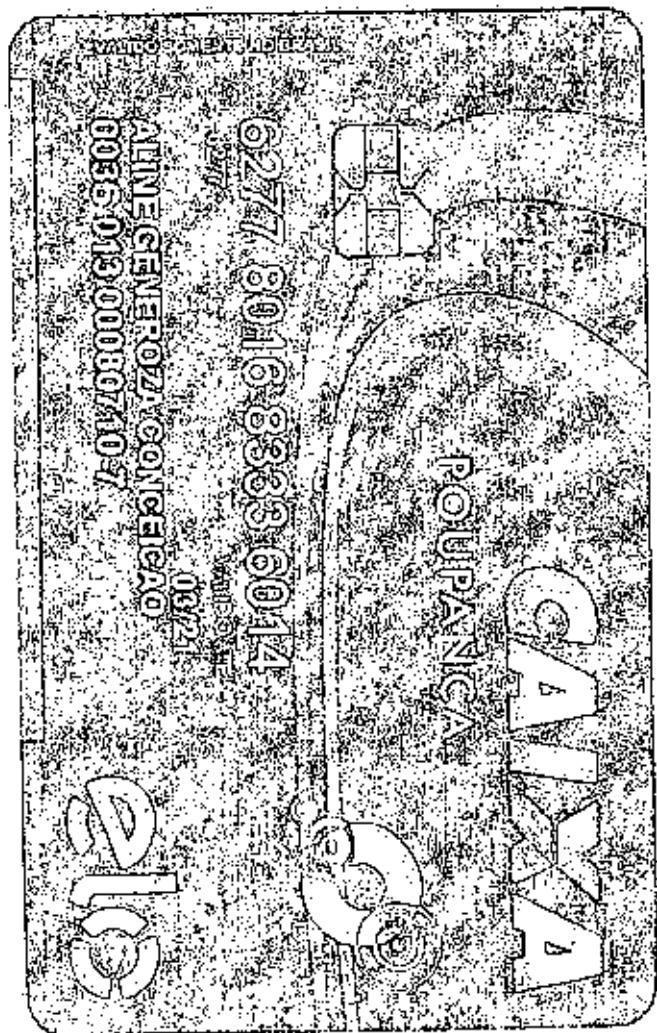
Local e Data

+ Aline Genoveza da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINCE 1973





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01890.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01890.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:32 horas do dia 11 de outubro 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 **ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO**, CPF nº 101.675.094-38, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Terezinha Generoza da Conceição e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/02/1978 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Caldas de Sá Barreto, nº 36, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Rosa dos Ventos, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98770-7362.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Luiz Caldas de Sá Barreto, nº 36, Casa, Rosa dos Ventos, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/05/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA O CICLOMOTOR SHINERAY DE COR VERMELHA ANO 2015, PLACA QFM-9988-PB, CHASSI Nº 99HPH1050GS000700, EM NOME DE VALDECI RUFINO DOS SANTOS, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB/2329, DATADO DE 14/09/2014.

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, 11 de outubro de 2017.

CLEODON PERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação

ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO
Noticiante

JNCOR/PB

13/10/2017

Procedimento Policial: 01890.01.2017.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Aline Gennaro da Conceição, portador da carteira de identidade nº 3764224 e inscrito no CPF/MF sob o nº 101 675 094-38, residente e domiciliado na Rua Luis Caldas de Sá Barreto nº 36, Cidade Vendeira, Estado Paraná, 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.

Aline Gennaro da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

1. Pessoa da data de outubro de 2017

Local e data

SINCOR/PR

23 OUT. 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aline Gomes da Conceição,

RG nº 3764224, data de expedição 14/03/14, Órgão SSP/PB,

CPF nº 101.675.094-33 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 Luis Caldas da Silveira Barreto</u>
Número	<u>nº 36</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jacumã</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP.	<u>58322000</u>
Telefone de Contato	<u>987707362</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 19-10-2017

Assinatura do Declarante: Aline Gomes da Conceição

SINCUR/PB

23 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	ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO
------------------	-----------------------------

DATA DE NASCIMENTO	28/02/78
--------------------	----------

NOME DA MÃE	TEREZINHA GENEROZA DA CONCEIÇÃO
-------------	---------------------------------

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	101.858
----------------	---------

SINCUR/PP
23 OUT 2017

BOLETIM DE ENTRADA N.º	998.254
------------------------	---------

DATA DO ATENDIMENTO	04/05/17
---------------------	----------

HORA DO ATENDIMENTO	15:05
---------------------	-------

MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
-----------------------	-------------------------

DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
-----------------	-------------------------------

CID 10	S42.0
--------	-------

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro esquerdo, com dor, edema e deformidade do ombro. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de clavícula esquerda. Internação. Operada e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda.
--

ALTA HOSPITALAR:	15/05/17
------------------	----------

DATA DA EMISSÃO:	14/09/17
------------------	----------

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

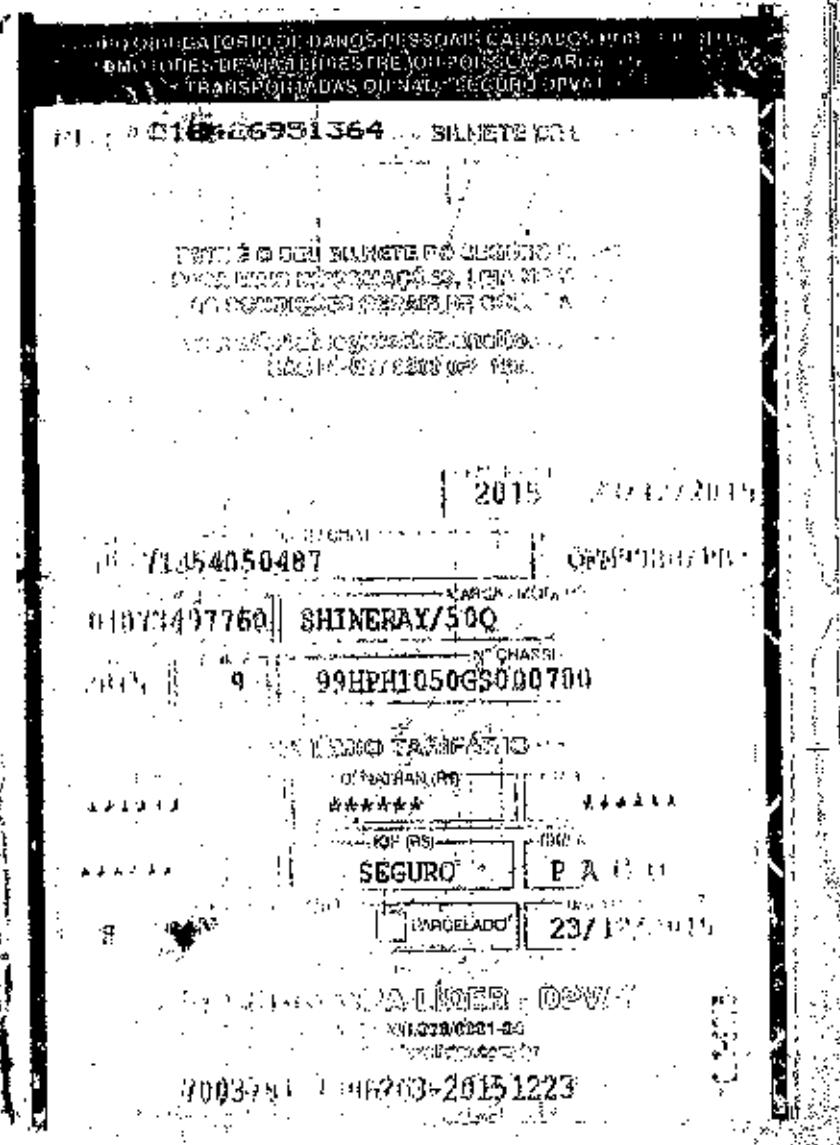
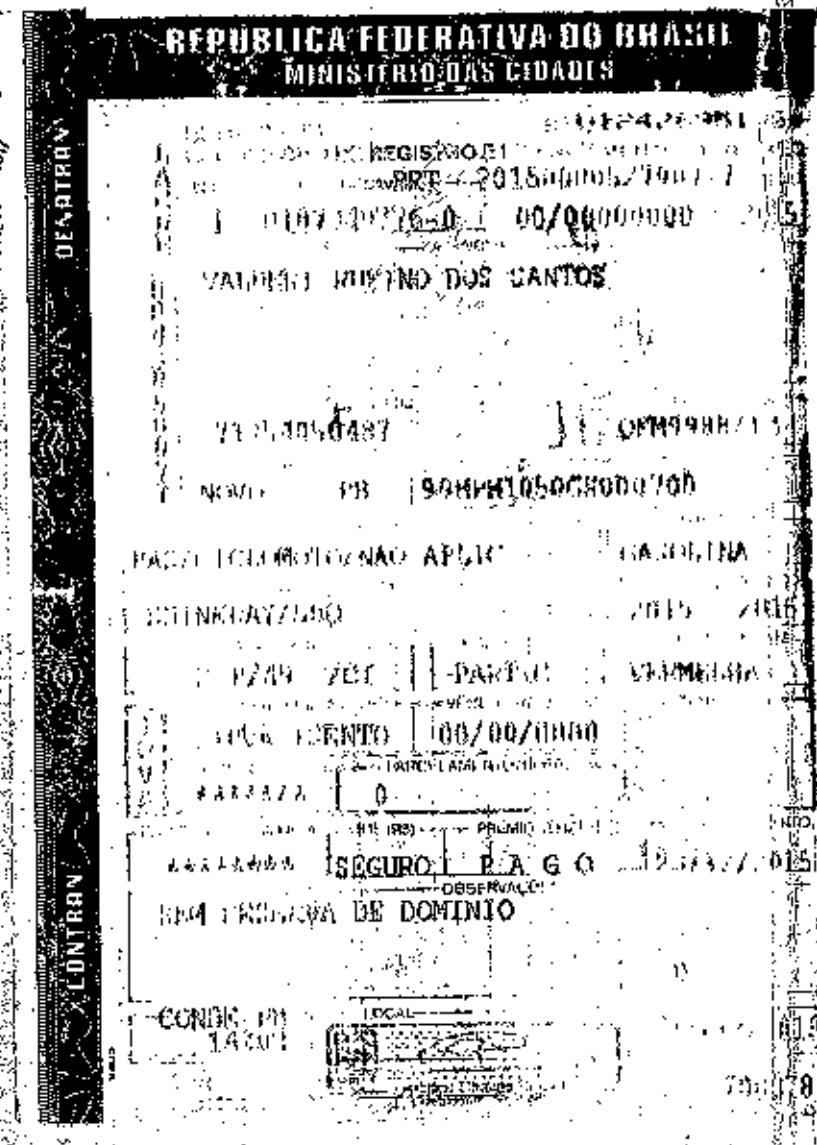


UNICUR/PR

23/01/2017

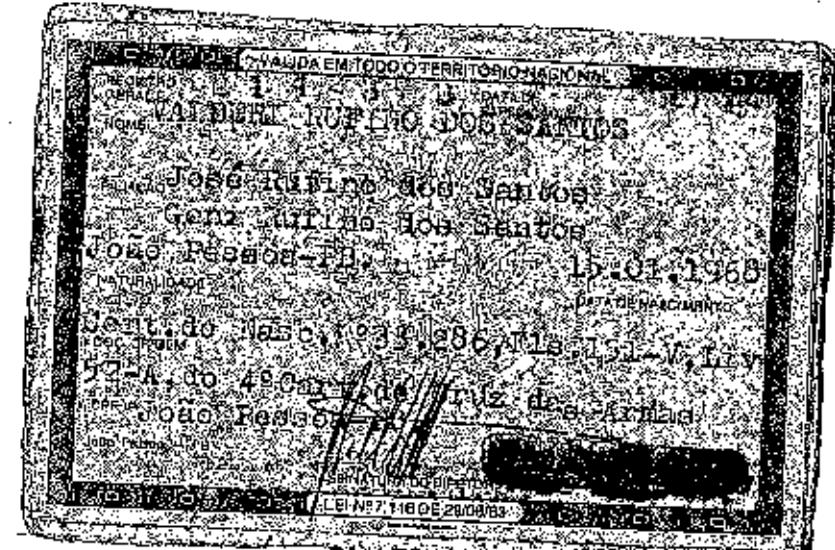
3/1/COR/PP

200





Pompeii



J/MC/MPR
2-3
OUT. 2017

