

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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.seguradoralider.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.

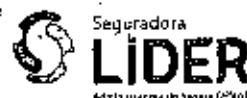
Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12738735





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 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

Nome completo da vítima

101675094-38

Almeida Generosa da Conceição

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Inclusão

Almeida Generosa da Conceição

101675094-38

serv. gerais

Endereço

Rua Luis Caldas de Sa Barreto

Bairro

Jacumã

Cidade

Caracai

Email

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.500,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004)

BANCO

Nome

Agência

AVC

Conta

Nº

Informar dígito se existir

AGÊNCIA

Nº

0036

(informar dígito se existir)

CONTA

Nº

80710

(informar dígito se existir)

DV

7

(informar dígito se existir)

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

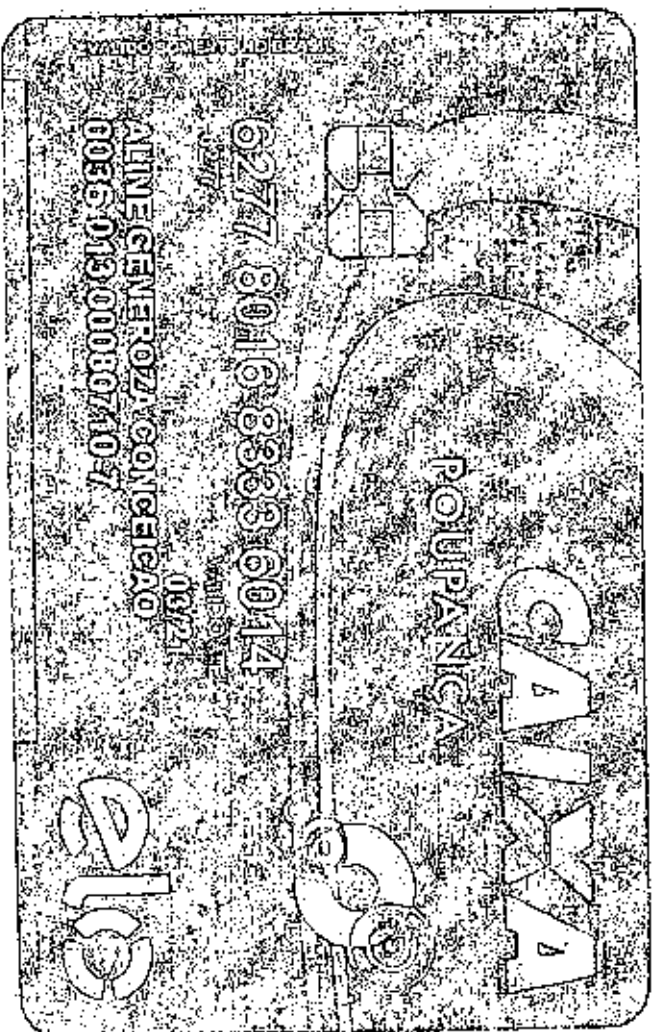
J. Pessoa 19 de Outubro de 2017

Local e Data

+ Almeida Generosa da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SINCUR/PP
2.3 OUT. 2017



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 Terézinha 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 MEDICO 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 FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO
Noticiante

JINCOR/PB

13 out. 2017

Procedimento Policial: 01890.01.2017.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alino Genaro da Conceição, portador da carteira de identidade nº 3764224 e inscrito no CPF/MF sob o nº 101675094-38, residente e domiciliado na Rua Luis Caldas de Sá Barreto nº 36, Cidade Ourém, Estado Pernambuco, 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.

Alino Genaro da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ourém 19 de Outubro de 2017

Local e data

JINCOR/PR

23 OUT. 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aline Gama da Conceição

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

CPF nº 101.675.094-38 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 Lus Caldas de Sá Barreto</u>
Número	<u>02 36</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jacumã</u>
Cidade	<u>Osede-</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: J. Pessoa 19-10-2017

Assinatura do Declarante: Aline Gama da Conceição

JINCUR/PP

23 OUT. 2017

Emissão: 16/09/2017 Referência: Set/2017.
 Classe/Subs: RESIDENCIAL/RESIDENCIALTRIFASICO
 Bônus 9 - 21: 470,120 : SPRENDICE 030016:801

ENERGISA PARUBA-DISTRIKSI (CORPORATION) SRIWIJAYA
 67301, t. 725. Cielo Perdana - Jalan Persegi FB CEP58171-650
 TNP. 08 295 3811001-20 Inst. Tel. 16.016 822 0

Notas Fiscales Contábil e Tributária: 11000 985.050
Card. para D. B. Autenticação: 910020377320

Atendimento ao Cliente **ENERGISA** 0800 083 0196 Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista de próxima leitura	CPF/CNPJ/RAPID
Set/2017	18/09/2017	18/10/2017	4000650459

UC (Unidade Consumidora): 5/597752-5

Cinzel da contato

As pessoas vivenciam as coisas com rapidez e facilidade. O que precisa ser corrigido é a facilidade. São vários serviços disponíveis, como o acompanhamento de crédito, a entrega de informações, a guarda, conservação e o armazenamento.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/02	17472 m	08/11/17	18500		213	23

Demonstratives

[illegible]

WHEN YOU SEE US

0001 CONTRIBUICAO IMPOSTO	12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 FUNDAMENTO ATUAL	20	0,00	0	0,00	0,00	0,30	1,70
0005 MULTA 03/2017	143	0,00	0	0,00	0,00	0,33	0,33

Forma de Classificação do Conto: TOTAL 6:243,44 E5 15:12 599,55 12

Media Últimos meses (4/17)	VENCIMENTO 25/09/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 633,38
----------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Historico de Consumo (ICM)

539	538	932	889	5	89	877	981	20	55	1020
Aug 17	Oct 17	Jun 17	Apr 17	Mar 17	Feb 17	Jan 17	Dec 18	Nov 18	Oct 18	Sep 18

2958b230.42 47f0.3584.bdb.e.4d2b.3444.d26b.a58e.c200

Indicadores de Qualidade

	Limites do ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
20.000	12,00	0,00	20.000
21.000	12,00	0,00	21.000
22.000	12,00	0,00	22.000
23.000	12,00	0,00	23.000
24.000	12,00	0,00	24.000
25.000	12,00	0,00	25.000
26.000	12,00	0,00	26.000
27.000	12,00	0,00	27.000
28.000	12,00	0,00	28.000
29.000	12,00	0,00	29.000
30.000	12,00	0,00	30.000
31.000	12,00	0,00	31.000
32.000	12,00	0,00	32.000
33.000	12,00	0,00	33.000
34.000	12,00	0,00	34.000
35.000	12,00	0,00	35.000
36.000	12,00	0,00	36.000
37.000	12,00	0,00	37.000
38.000	12,00	0,00	38.000
39.000	12,00	0,00	39.000
40.000	12,00	0,00	40.000
41.000	12,00	0,00	41.000
42.000	12,00	0,00	42.000
43.000	12,00	0,00	43.000
44.000	12,00	0,00	44.000
45.000	12,00	0,00	45.000
46.000	12,00	0,00	46.000
47.000	12,00	0,00	47.000
48.000	12,00	0,00	48.000
49.000	12,00	0,00	49.000
50.000	12,00	0,00	50.000
51.000	12,00	0,00	51.000
52.000	12,00	0,00	52.000
53.000	12,00	0,00	53.000
54.000	12,00	0,00	54.000
55.000	12,00	0,00	55.000
56.000	12,00	0,00	56.000
57.000	12,00	0,00	57.000
58.000	12,00	0,00	58.000
59.000	12,00	0,00	59.000
60.000	12,00	0,00	60.000
61.000	12,00	0,00	61.000
62.000	12,00	0,00	62.000
63.000	12,00	0,00	63.000
64.000	12,00	0,00	64.000
65.000	12,00	0,00	65.000
66.000	12,00	0,00	66.000
67.000	12,00	0,00	67.000
68.000	12,00	0,00	68.000
69.000	12,00	0,00	69.000
70.000	12,00	0,00	70.000
71.000	12,00	0,00	71.000
72.000	12,00	0,00	72.000
73.000	12,00	0,00	73.000
74.000	12,00	0,00	74.000
75.000	12,00	0,00	75.000
76.000	12,00	0,00	76.000
77.000	12,00	0,00	77.000
78.000	12,00	0,00	78.000
79.000	12,00	0,00	79.000
80.000	12,00	0,00	80.000
81.000	12,00	0,00	81.000
82.000	12,00	0,00	82.000
83.000	12,00	0,00	83.000
84.000	12,00	0,00	84.000
85.000	12,00	0,00	85.000
86.000	12,00	0,00	86.000
87.000	12,00	0,00	87.000
88.000	12,00	0,00	88.000
89.000	12,00	0,00	89.000
90.000	12,00	0,00	90.000
91.000	12,00	0,00	91.000
92.000	12,00	0,00	92.000
93.000	12,00	0,00	93.000
94.000	12,00	0,00	94.000
95.000	12,00	0,00	95.000
96.000	12,00	0,00	96.000
97.000	12,00	0,00	97.000
98.000	12,00	0,00	98.000
99.000	12,00	0,00	99.000
100.000	12,00	0,00	100.000

Descrições	Valor (R\$)	%
Serviços de Engenharia	152,58	24,12
Compra de Materiais	189,51	31,00
Serviços de Transporte	33,43	5,30
Engenharia de Projeto	42,28	6,87
Impostos Diretos e Encargos	218,52	34,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	633,39	100,00

update: ELSO Rev. 7/2017; RS 220,88

ATENÇÃO

[illegible]

Partenza con treno

App:17:620:99

470-120

52217293

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
25/09/2017	R\$ 633,38

83640069006-1 33380054000-2 05977522017-7 08800021019-





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
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

SINCR/PP
23 OUT 2017

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: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



23 JUL 2017

23 JUL 2017

