
Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MARIA JOSE SERAFIM GOMES

Nº Sinistro: 3170612141

Vitima: MARIA JOSE SERAFIM GOMES

Data do Acidente: 03/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170612141**.

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, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**

Nº Sinistro: **3170612141**

Vitima: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**

Data do Acidente: **03/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170612141**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

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, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**

Nº Sinistro: **3170612141**
Vitima: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**
Data do Acidente: **03/11/2016**
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 3170612141**.

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

Barcode do Documento do PML
00147

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

035 759 954 - 35

Nome completo da vítima

Elvira José Serafim Gomes

DADOS DO RECIBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|----------------------------------|----------------------|--------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Elvira José Serafim Gomes | 035 759 954 - 35 | Variicultora |
| Endereço | Número | Complemento |
| Rua Vicentina Sader Costa Gondim | S/N | |
| Bairro | Estado | CEP |
| Pecém | Paraíba | 58 265 000 |
| Email | Telefone (DDD) | |

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.

JNUR/PR

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

09 NOV. 2017

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSÓ INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <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 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA NRO. | CONTA NRO. | AGÊNCIA NRO. | CONTA NRO. |
| 0033 | 51052 6 | | |
| (Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir) | (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.

Elvira José Serafim Gomes
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SINCR/PB

89 NOV. 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01653.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01653.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 13 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 Maria José Serafim Gomes, CPF nº 035.759.954-35, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Maria de Fátima Gomes e João Serafim Gomes, natural de Duas Estradas/PB, nascido(a) em 08/08/1973 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Jader Costa Gondim, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Cemiterio, na cidade de Duas Estradas/PB, telefones(s) para contato (83) 99198-6608.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ladeira Que Dá Acesso Ao Cristo, Outros, Duas Estradas/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 03/11/16 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA CG ANO 2003, DE COR VERMELHA, DE PLACAS MMS-6743-PB, CHASSI Nº 9C2JC30213R633449, EM NOME DE JOÃO SERAFIM GOMES E CONDUZIDO PELO MESMO QUANDO CAÍRAM DA REFERIDA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ARIMATEIA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 30/03/2017.

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

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação

MARIA JOSE SERAFIM GOMES
Noticiante

JNCG/R/PR

09/10/2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



00041

DUT

Eu, Maria José Serafim Gomes, portador da carteira de identidade nº 2009404 e inscrito no CPF/MF sob o nº 035.759.954-35, residente e domiciliado na Rua Vinte e Quatro de Outubro Goedelium s/n Centro, Cidade Dias Estreladas, 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 José Serafim Gomes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

5. Pessoa 18 de Setembro de 2017

Local e data

SINCER/PB

09 NOV. 2017



00151

Comunicação de endereço

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

eu, Maria José Serafim Gomes

RG nº 20994404, data de expedição 22/06/94, Órgão SSP/PB

CPF nº 035759954-35 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo é verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Vereador Jader Costa Góes</u> |
| Número | <u>5111</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Centro</u> |
| Cidade | <u>Duas Estradas - PB</u> |
| Estado | <u>Pernambuco - PB</u> |
| CEP | <u>58265000</u> |
| Telefone de Contato | <u>991986608</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fluxoia 18 de Setembro de 2017

Assinatura do Declarante: Maria José Serafim Gomes

JNCR/PB

09 NOV. 2017

JOAO SERAFIM GOMES
FLAVER JARDE EUSTACIO GONDIM, S/N - CENTRO
DUAS ESTRADAS / PZ CEP: 50125-000 (AC-71)
Emissor: 25/07/2017 Referência: Ago/2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MCR
Roteiro: 15-33-340 - 7830 N/A medida: 000000

energisa
ENERGIA PARA A VIDA. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Ciclo Redondo - Jataí - PR - CEP 8470-1400
CNPJ 16.098.100/0001-40 - Fone: (61) 5015-2220

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

| | | | |
|--------------------------|---------------------|---|--------------------------|
| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF / CNPJ / RANI |
| Ago / 2017 | 25/08/2017 | 26/09/2017 | 56811527404 USC-ESL |

uir (Ainda Consumidora):

Canal de contato

Demande d'adhésion

| DEMONSTRATIVO | | QUADRANTE - VENDA DE COTAS DE INVESTIMENTO | | | | | |
|------------------------------|------------|--|--------------|--------------|--------------|-------|-------|
| | | 1º TRIMESTRE | 2º TRIMESTRE | 3º TRIMESTRE | 4º TRIMESTRE | ANUAL | MÉDIA |
| (001) - Descrição | | | | | | | |
| (001) - Cargos e Encargos | 165.000,00 | 113.10 | 27 | 32.15 | 112.10 | 1.158 | 5.63 |
| (001) - Adm. B. Atividade | | | | 113 | 10 | 32 | 1.15 |
| (001) - Adm. B. Vermelha | | 8.00 | 8.00 | 27 | 1.50 | 11.8 | 0.06 |
| PAGAMENTO DE SERVIÇOS | | | | | | | |
| (001) - EROS DE MORA DA/2017 | | 0.11 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| (001) - MUSADA/2017 | | 7.30 | 0.00 | 0 | 9.90 | 0.00 | 0.00 |

com o Mapeamento Classificatório da BAE TOTAL: 128,29 126,72 126,22 125,73 123,58

Média últimas meses. (kWh)

VENCIMENTO
01/09/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 129,20

RESERVADO A: 5150
57c7_b706.ead2.c3fc.244d.cc11.1f4f.a896

| Indicadores de Qualidade | Límites da ANEEL | Apurado | Límite |
|--------------------------|------------------|---------|-----------------|
| ESCOMISSAT | 7,85 | 0,07 | MONSARAL |
| DCTEMESTRAL | 15,22 | | |
| DCMATERIAL | 30,65 | | |
| FICMENSAL | 3,55 | 0,00 | CONTRAPARTIDA |
| FICTRIMESTRAL | 7,10 | | |
| FICANUAL | 14,92 | | |
| DMCE | 4,31 | 0,00 | LIMITE SUPERIOR |
| DMCA | 12,22 | | |

| Consumo Bruto de Combustíveis | | |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Detalhamento | Valor R\$) | % |
| Serviços de Gás de Energia/PIS | 30,82 | 22,65 |
| Combustível Energia | 41,60 | 30,27 |
| Serviços de Gás de Energia | 2,12 | 1,54 |
| Escritórios Serviços | 11,12 | 8,07 |
| Impostos Diretos a Energia | 23,50 | 17,20 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 135,00 | 100,00 |

ATENCIÓN

Faturas em atraso

JINCUR/PB

9 g nov 2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Serafim Gomes

RG nº 477963 data de expedição 18 / 11 / 06.

Órgão SSP, portador do CPF nº 568 115 274-05, com
domicílio na cidade de Duas Barras, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Ver grande Bento Gonçalves, nº 570,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Miguel Serafim Gomes, cujo o condutor era

Veículo: motozueca

Modelo: 2016

Ano: 2003

Placa: MMS 6743

Chassi: 9L2JC30213R633449

Data do Acidente: 03 / 11 / 2016

Local e Data: João Pessoa, 25 / 10 / 2017

JNCUR/PB

09 NOV. 2017

José Serafim Gomes

(Assinatura do Declarante)

)

)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima redamente do sinistro)

)

Autenticidade



Reconheço a Firma José Serafim Gomes

JMS 6743

dou fé

Em testemunha da verdade

Lagoa de Dentro, 16/10/2017

CARTÓRIO DO REGISTRO DE
CÍVEL E NOTAS
Raquelina Vieira de Oliveira
Oficiala
Aurenice Fonseca Vieira Neto
Escrivente Compromissada

Raquelina Vieira de Oliveira

Selo Digital da Raquelina Vieira de Oliveira
Consulta autenticidade em:
[HTTPS://selodigital.tjpb.jus.br](https://selodigital.tjpb.jus.br)

Selo Digital Nº AFU33562-

Consulte autenticidade em:
[HTTPS://selodigital.tjpb.jus.br](https://selodigital.tjpb.jus.br)

AUT6



T00061

Instituto

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HÓSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| NOME DO PACIENTE | MARIA JOSE SERAFIM GOMES |
| DATA DE NASCIMENTO | 08/08/73 |
| NOME DA MÃE | MARIA DE FATIMA GOMES |

DADOS EXTRAÍDOS

09 NOV 2017

| | |
|------------------------|------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 958.729 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 03/11/16 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 15:45 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA |
| CID 10 | S42.0 |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente e orientada, Glasgow 15. Aparelho cardiovascular sem alterações. Presença de sinais de enfisema subcutâneo. Abdômen sem alterações. Glasgow 15. TC de tórax , se, sinais de fraturas. Apresenta dor e limitação funcional em ombro direito. Presença de fratura de clavícula direita.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

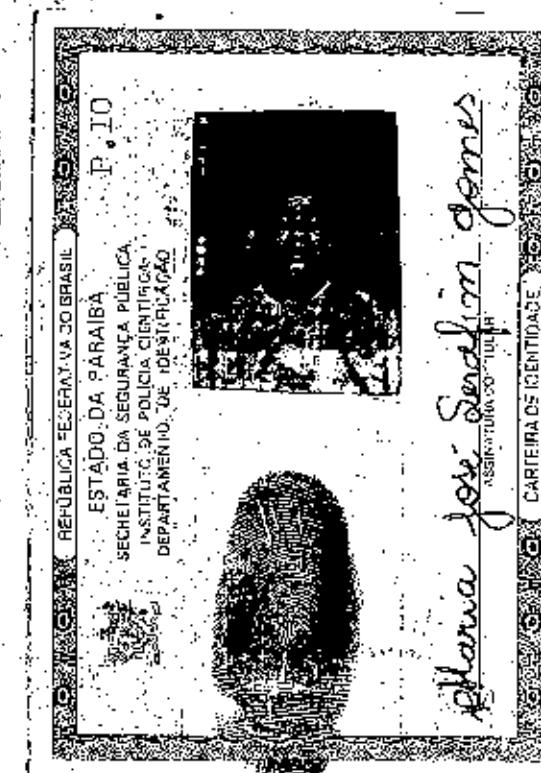
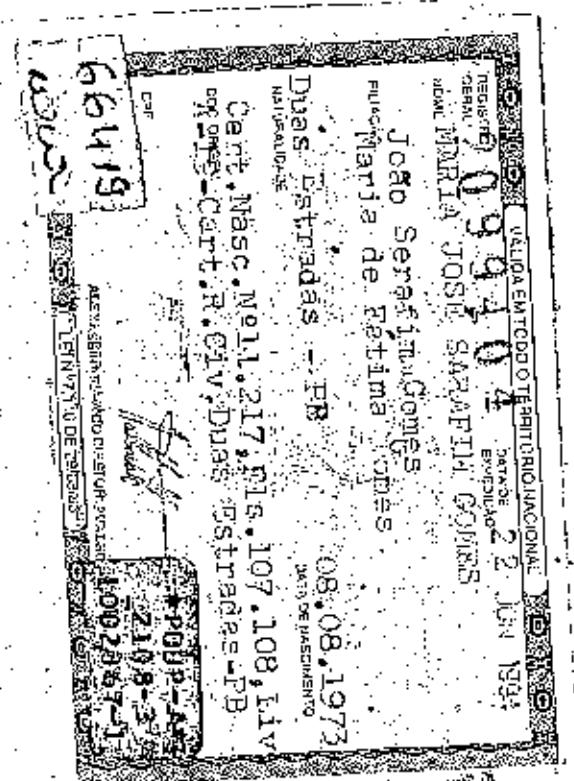
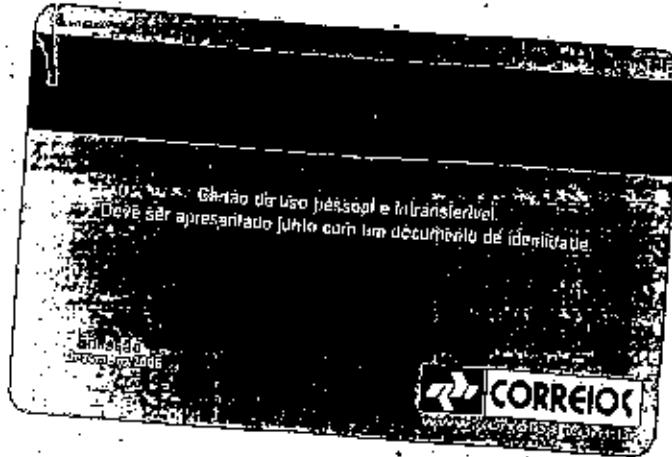
TRATAMENTO:

Imobilização com tiptola.

| | |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 04/11/16 |
| DATA DA EMISSÃO: | 30/03/17 |

~~DR. JOSÉ ALMEIDA BRAGA
CENTRO CIRÚRGICO
CRM: 2329/PB~~Dr. José 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



SINCERIPP

69 NOV. 2017



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 477.963 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 18.11.2006.

REGISTRO GERAL

NOME JOÃO SERAFIM GOMES

Antônio Serafim Gomes
Filho
Joséfa Marcolino da Silva

Belém - PB, 10.04.1945

MATRIZ
NASCIMENTO

DOC. DIRETO

Cart. Cas. Nº 2.541; fls. 48-V; liv. B-15

Cart. de Caiçara - PB.

CPF 568.115.274-04.

Estado Pessoa - PB

CLARA DO SOCORRO - SERPA/PELÉ/DO GORETO

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA - IPCE

JOÃO Serafim Gomes

SINCER/PR

09 NOV. 2017

