
Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Nº Sinistro: 3180255868

Vitima: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Data do Acidente: 11/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180255868.**

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, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Sinistro: 3180255868

Vítima: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Data do Acidente: 11/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180255868** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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 Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RAYSSA LAURINDO DE FARIAS**

Nº Sinistro: **3180255868**

Vitima: **RAYSSA LAURINDO DE FARIAS**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180255868**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

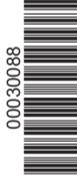
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180255868

Vítima: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Data do Acidente: 11/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

146599754-79

Nome completo da vítima

Rayssa Baumoto de Farias

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Rayssa Baumoto de Farias	CPF titular da conta	94659975479	Profissão	Estudante
Endereço	Rua Prof. Antônio Gomes	Número	7	Complemento	apto. 128
Bairro	Maria Andrade	Cidade	Baixio	Estado	PB
Email		CEP	58309660	Telefone (DDI)	991415928

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência juntamente à 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

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input checked="" 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0038

LIV

CONTA

53773

DN

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE

BANCO

Nome

SINCOR/PB

Nº

05 JUN. 2018

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 seguritária para o seguro DPVAT, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o **CONFERIDO COM O ORIGINAL**.
Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data
José Peixoto, 05 de maio de 2018

Rayssa Baumoto de Farias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Caixa Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Caixa Loterias

VALOR

1a VIA

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

054-898673821-6

23/07/2018 HORA DF 12:05:48

LOTE: 13.15688-4
LOCAL DENDÊ: BANANEIRAS
AG. VINCULADA: 0038

TERM: 052188

CONTROLE: 38973696

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0038 013 00053773-9

RAYSSA LAURINDO FARÍAS

5000

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

054-898673821-6

SINCOR/PB
05 JUN. 2018

Caixa Loterias

Caixa Loterias

CONFIRADO COM O ORIGINAL



C E R T I D Ã O

C E R T I F I C O em razão do ofício e a pedido verbal de
pessoa interessada, que revendo o Livro Tombo nº. 001/2015, existente nesta Delegacia
de Polícia, constatei às fls. 131, o registro do Inquérito Policial nº. 091/2016, o qual foi
instaurado com a finalidade de apurar colisão envolvendo o automóvel Fiat/Strada,
ano/modelo 2003, de cor preta, com placa DJD-1983-PB, chassi sob nº.
9BD27804632379599, Renavam 00805061533, licenciado em nome de Jose Clementino
dos Santos, ora dirigido por Josinaldo Cosme Ferreira e a motocicleta Honda CG 125
Today, de cor vermelha, ano 1990, de placa CH-265-Campina Grande/PB, pilotada por
Fabio Targino da Silva em que vitimou fatalmente **Fabio Targino da Silva** e saiu
gravemente ferida **Raisa Laurindo de Farias**, carona da motocicleta, fato ocorrido no dia
11/12/2016, por volta de 21h30min, na rodovia PB-105, proximidades do Sítio Jatobá de
Baixo, neste município.

Baixo, neste município.

O referido é verdade e dou fé.

Bananeiras/PB, 11 de Agosto de 2017.

Margarida Maribondo da Trindade Escrivão de Polícia Civil

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
05 JUN. 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Rayssa Lourenço de Farias

14659975479

11.12.2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 atende 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 para fins 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

05 JUN. 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 submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rayssa Lourenço de Farias

Local e Data

Rayssa Lourenço de Farias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rayssa Lourenço de Farias,

RG nº 4476164, data de expedição 04/09/17, Órgão JSP,

CPF nº 146599754-79, 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 Prof. Antônio Gomes</u>
Número	<u>7</u>
Apto / Complemento	<u>QD 128</u>
Bairro	
Cidade	<u>Poxeu</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58309 660</u>
Telefone de Contato	<u>986949262 / 981268939</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 05/03/18

SINCOR/PB
05 JUN. 2018

Assinatura do Declarante: Rayssa Lourenço de Farias

CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

SP 005 999 217

ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-232 - KM-26 - Chico Mendes - 58040-000 - João Pessoa - PB - CEP 58011-460

CPC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/419178-9

TOTAL A PAGAR

R\$ 72,08

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	25/04/2018	129	03/05/2018	R\$ 72,08

energisa

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA
04/05/2018 R\$ 72,00 419178-2018-04-1

BAIRRO ⇒ Morro Andrade
58309 660

SINCOR/PB
05 JUN. 2018

CONFERIDO 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 Rayssa Laurindo de Farias

DATA DE NASCIMENTO 30/12/99

NOME DA MÃE Estela Laurindo de Farias

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 966928 Prontuário: 99180

DATA DO ATENDIMENTO 12/12/16

HORA DO ATENDIMENTO 01:45

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur distal esquerdo

CID 10 S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, encaminhada de Guarabira, com queixa de dor, edema e deformidade em joelho esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa esquerda e joelho E

SINCOR/PB

05 JUN. 2018

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura supracondiliana de fêmur esquerdo

TRATAMENTO:

Fixador externo transtibial em MIE (realizado em 12/12/16). Retirada de fixador externo (realizado em 27/01/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal (realizado em 20/02/17).

ALTA HOSPITALAR: 22/02/17

DATA DA EMISSÃO: 01/06/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

CONFIRMO COM O ORIGINAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.476.164	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/09/2017
NOME	RAYSSA LAURINDO DE FARIAS		
FILIAÇÃO	ESTELA LAURINDO DE FARIAS		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
BAYEUX-PB	30/12/1999		
DOC. ORIGEM	NASC.N. 7849 FLS.159V LIV.A13		
	CARTORIO JOÃO PESSOA-PB		
CPF	146.599.754-79	<i>Marcos AB Pires</i>	A +
SERIE PESADA - P13		Márcia A. B. Lacerda - COR Chefe do Núcleo de Identificação, M.G.I.D.M. V.G.C. 08/08/83	



SINCOR/PB
05 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL