

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

Carta nº 12921293



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 LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

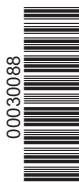
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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, 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	Nome completo da vítima
	146599754-79	Rayssa Baumito de Farias

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Proibição	
Rayssa Baumito de Farias		14659975479		Estudante	
Endereço		Número	Complemento		
Rua Prof. Antonio Gomes		7	qtd. 128		
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Mario Andreazza	Bayeux	PB	58309560		
Email		Telefone (DDD)			
		991415928			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, reside 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 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	
<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	CONTA	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Somente para bancos)	
Nº	Nº	BANCO	
0038	53773	SINCOR/PB	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	Nº	
	9	05 JUN. 2018	
		CONTA	
		Nº	
		D.V.	
		D.V.	
		(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito em minha agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Assinatura de Rayssa Baumito de Farias 05 de março de 2018
Local e Data

Assinatura de Rayssa Baumito de Farias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

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

054-898673821-6

23/FEV/2018

HORA DE 10:05:48

LOT: 13.15688-4

TERM: 062188

LOCALIDADE: BANANEIRAS

AG. VINCULADA: 0808

CONTROLE: 389773830

DEPOSITO EM DINHEIRO

0036 013 00053773-9

RAYSSA LAURINDO FARIAS

VALOR

5,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

054-898673821-6

Loterias

CAIXA Loterias

Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Le

SINCOR/PB
05 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

Rayssa Laurindo de Farias

CPF da Vítima

14659975479

Data do Acidente

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 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 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Paulo S. de Menezes de 2018

Local e Data

Rayssa Laurindo de Farias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rayssa Laurindo 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. Antenor Gomes</u>
Número	<u>7</u>
Apto / Complemento	<u>QD 128</u>
Bairro	
Cidade	<u>Bayeux</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 Laurindo de Farias

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Ref: 005 589 217



DADOS DO CLIENTE

ROSA DA COSTA FARIAS
RUA PROF ANTONIO GOMES 7 QD 125 LT 01
BAVEUX

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/419178-9

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

25/04/2018

CONSUMO

129

VENCIMENTO

03/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 72,08

Access: www.fishbase.org



ROSA DA COSTA FARIAS

Roteiro: 15-008-525-2860

Roteiro: 15-008-525-2860
63670000000-0 72060054000-0 04191782018-9 04100008019-6

VENCIMIENTO

03/05/2018

TOTAL A PAGAR

\$172.00

NATRÍCULA

419178-2018-04-1

(YI FF B B B BH E/Q JwB/B Bx Sg QH S J) Q Jd B B Q Sg)

BAIRO \Rightarrow

Mano Anhuaza

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.

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

SINCOR/PB

05 JUN. 2018


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.

CONFERIDO 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 RAYEUX-PB DATA DE NASCIMENTO 30/12/1999

DOC. ORIGEM NASC. N. 7849 FLS. 159V LIV. A13
CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

CPF 146.599.754-79

Assinatura: *Rayssa Laurindo de Farias*
MAYRA A. B. LACERDA
Diretora do Núcleo de Identificação
Data: 10/06/2018

A +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-039

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Rayssa Laurindo de Farias
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SINCOR/PB

05 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL