

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180293627**

Vitima: **GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO**

Data do Acidente: **26/01/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180293627**.

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 13039128



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta nº: 13182548

A/C: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180293627
Vítima: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO
Data do Acidente: 26/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003488

Conta: 000009421-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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 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 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
688.842.734-04

Nome completo da vítima
GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO		CPF titular da conta 688.842.734-04	Profissão DOMESTICA
Endereço RUA PAULINO PINTO		Número 608	Complemento A
Bairro TAMBAÚ	Cidade SOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58045-130
Email M.MARIAGECILIA NASCIMENTO. @hotmail.com			Telefone (DDD) 83-98695-0015

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\$ 3.000,00
☐ 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) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 3488 D/V _____	CONTA NRO. 9421 D/V 2		
(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 na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SOÃO PESSOA 11 de JUNHO de 2018

Local e Data

Gecilia de Souza Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA

POUPANÇA

5067 2218 8555 6671

GECILIA D SOUZA NASCIMENTO

3488 013 00009421-2

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01072.01.2018.1.00.420

ol

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01072.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:58 horas do dia 05 de junho de 2018, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Gecília de Souza Nascimento**, CPF nº 688.842.734-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Doméstica, filho(a) de Terezinha Pires de Souza e Júlio Marques de Souza, natural de Juruá/PB, nascido(a) em 21/12/1967 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Paulino Pinto, Nº 608, bairro Tambaú, tendo como ponto de referência McDonalds, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98695-0015.

Dados do(s) Fatos:

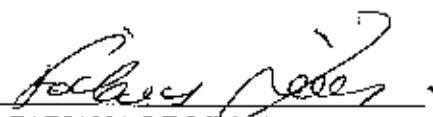
Local: Rua Inácio Ferreira Serrano, Próximo À Praça, João Pessoa/PB, bairro João Agripino; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/01/17 16:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

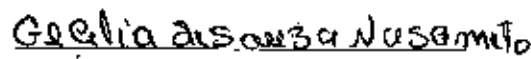
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava na garupa da MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/YBR 150 FACTOR F, PRETA, 2017/2018, PLACA OFH4651/PB, CHASSI 9C6RG3110J0020001, registrada em nome de WELLINGTON AMORIM DE LIMA e sendo conduzida por WELLINGTON AMORIM DE LIMA (CPF. 053.096.434-19, CNH. 05474423816) quando ao fazer uma curva o condutor perdeu o controle da moto vindo a bater no meio fio e cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 28.07.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 05 de junho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


GECÍLIA DE SOUZA NASCIMENTO
Noticiante



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

GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

CPF da Vítima

688.842.734-04

Data do Acidente

26.01.2017

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.

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 PESSOA 11 de JUNHO de 2018

Local e Data

Gecilia de Souza Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 705/044, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1583242, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GENILIA DE SOUZA NASCIMENTO**, idade 49 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 26/01/2017, na Rua Inácio Ferreira Serrano, Bairro: João Agripino - João Pessoa - aproximadamente às 16:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Junho de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Registro: 10.171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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 Cecília de Souza Nascimento
DATA DE NASCIMENTO 22/12/67
NOME DA MÃE Terezinha Pires de Souza

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 100035
BOLETIM DE ENTRADA N.º 976824
DATA DO ATENDIMENTO 26/01/17
HORA DO ATENDIMENTO 18:57
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação do joelho direito
CID 10 S83.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de fortes dores em perna direita, sem outras queixas, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho D.

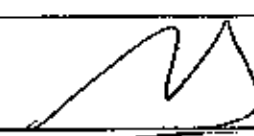
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação de joelho D.

TRATAMENTO:

Redução incruenta + fixação externa.

ALTA HOSPITALAR: 16/03/17
DATA DA EMISSÃO: 28/07/17


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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03488

CONTA: 000000009421-2

Nr. da Autenticação 0579DA12A7EE6B26

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Céme, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
DISSERTE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

1019090

REFERÊNCIA

ABR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

RUA PAULINO PINTO, 608 A - TAMBAU JOÃO PESSOA PB

58045-130

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outro	
001.039.660.1381.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data da Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
YJRS07AL3	05/04/2011	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
1569 | 1087 | 13 | 30 | 03/05/2018

HIST. DE CONS. MAIOR LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.934/2011-MS

DATA	CONSUMO (M3)	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2018	13	TURBIDEZ	0	0	0
FEV/2018	14	CLORO	0	0	0
JAN/2018	11	COL. TERHOT	0	0	0
DEZ/2017	8	COR	0	0	0
NOV/2017	1	COR TOTAIS	0	0	0
OUT/2017	10				
MÉDIA (M)	10	DADOS REFERENCIAIS A: FEV/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 04/04/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 13:59:09

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 36,84 POR UNIDADE	10 M3	36,84
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3	3 M3	14,25
ESGOTO		
ACRESCIM(5) DES(5) APT. 07/2018		1,11
PREST. DE MANUTENÇÃO/2018		0,10

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 4,73 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

17/04/2018

Total a Pagar:

R\$ 52,36



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELLINGTON AMORIM DE LIMA,
 RG nº 2467683, data de expedição 23/04/12,
 Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 053.096.424-19, com
 domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA EDMUNDO FIDHO, S/N B. SÃO JOSÉ, nº S/N,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima GEÍCIA DE SOUZA NASCIMENTO cujo o condutor era
WELLINGTON AMORIM DE LIMA.

Veículo: MOTO
 Modelo: YAMAHA YBR 150
 Ano: 2017/2018
 Placa: OFH-4651/PB
 Chassi: 9CGRG211030020001
 Data do Acidente: _____
 Local e Data: JOÃO PESSOA 11.06.2018

Porto Alegre

Wellington Amorim de Lima
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Elaine Mariano da Silva
 Escrevente Substituta



República
 Federativa
 do Brasil



Ofício de Registro Civil e
 Tabelionato de Notas de Paraíba
 Delegados: Carlos Oliveira de Oliveira Neto
 Av. Pernambuco Maria Sales, nº 852 - Tietê
 João Pessoa - PB - CEP 54079-130 - (03) 3596.7001

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
WELLINGTON AMORIM DE LIMA.

João Pessoa/PB, 11/06/2018
 Em testemunho da verdade. Dou fé.

Escrevente: Elaine A. de Silva Candido

Selo Digital: ACV27363-4GYH

Confira os dados em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cod: R50.40 155 R50.47 Farpes R50.28 Fes R51.30 NP R50.15



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-238

Geórgia de Souza Neres
ASSINATURA DO TITULAR

CAIXEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.364.043 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 24/10/2017

NOME GEÓRGIA DE SOUZA NASCIMENTO

FILIAÇÃO JÚLIO MARQUES DE SOUZA
TEREZINHA PIRES DE SOUZA

NATURALIDADE JURU-PB

DATA DE NASCIMENTO 22/12/1967

DOO ORIGEM CERT. CAS. Nº5776 - LIV.B.AUX-10 - FLS.88 - CARTORIO DONA INÊS - PB

CNPJ 688.842.734-04

28/08/83

B+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813768373
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODD REN/DRT 20180000022983-4
1 0114141386-5 00/00000000 2018

WELLINGTON AMORIM DE LIMA

05309643419

OFH4651/PB

NOVO PB

9C6RG3110J0020001

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

YAMAHA/YBR150 FACTOR E

2017

2018

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

18/01/2018

A.F BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA

JOAO PESSOA - PB

19/01/2018

9999999

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013813768373 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

OUT



EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2018

19/01/2018

05309643419

OFH4651/PB

01141413865

YAMAHA/YBR150 FACTOR E

2017

9

9C6RG3110J0020001

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

COTA ÚNICA (R\$)

SEGURO

PAGO

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

18/01/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

7003781-1439580-20180119

SET-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

WELLINGTON AMORIM DE LIMA



DOC. IDENTIFIC. / OUT. RENOV. 2467683 SEXOS PD

CV 053.096.434-19 DATA NASCIM. 10/11/1991

Função WILSON VICENTE DE LIMA

MARIA DAS GRAÇAS AMORIM DE LIMA

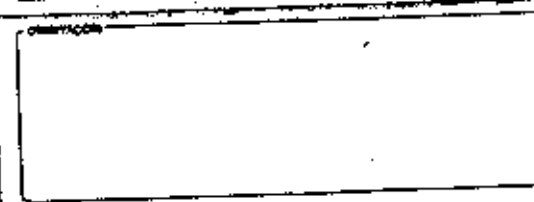
Formação ACC CENSA A

Nº Registro 05474423816

Validade 14/06/2021 23/04/2012

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1289189267

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1289189267



Assinatura do Titular

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 15/06/2016

04347504765 78032747950

DETRAN - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229635/18
Vítima: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO
CPF: 688.842.734-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/01/2017
Titular do CPF: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO : 688.842.734-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/06/2018
Nome: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 688.842.734-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229635/18
Vítima: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO
CPF: 688.842.734-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/01/2017
Titular do CPF: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO : 688.842.734-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/06/2018
Nome: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 688.842.734-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA GEOLIA DE SOUZA NASCIMENTO

DATA DO ACIDENTE 26/01/17 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 688.842.734-04

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim ☒ Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo (junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo (junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): GEOLIA DE SOUZA NASCIMENTO

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail: M. MARIAGOLIA NASCIMENTO@hotmail.com Tel: 83-98695-0015

Data: 18.06.18

Assinatura: Geolgia de Souza - Alex Benvenuto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AGE-Espaço Cultural

Atendente: Mariagolia Benvenuto Matrícula: 028341694-70

Data: 18/06/18 Assinatura: MB Silva

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Artur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180293627 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GECILIA DE SOUZA NASCIMENTO **Data do acidente:** 26/01/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA, EVOLUIU COM SEQUELAS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO DIREITO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: