

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: KALINE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180249599

Vitima: KALINE DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180249599**.

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 12906035



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: KALINE DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180249599
Vitima: KALINE DOS SANTOS
Data do Acidente: 24/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180249599**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

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

Carta nº 12906557



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **KALINE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180249599**
Vítima: **KALINE DOS SANTOS**
Data do Acidente: **24/04/2017**
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 3180249599**.

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 13656905



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: **095 318 064-62** Nome completo da vítima: **Kalene dos Santos Silva**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Kalene dos Santos Silva** CPF titular da conta: **095 318 064-62** Profissão: **trabalhadora**
Endereço: **Rua Santo Dumont** Número: **126** Complemento: _____
Bairro: **Maro Andreazza** Cidade: **Bayeux** Estado: **Paraíba** CEP: **58309616**
Email: _____ Telefone (DDD): **98721 3160**

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
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

07 MAR. 2018

☒ ATÉ R\$ 1.000,00 **CONFERIDO COMO ORIGINAL**
☐ 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
NRQ

D/V

CONTA
NRQ

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome

NRQ

AGÊNCIA
NRQ

D/V

CONTA
NRQ

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 na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 30 de **junho** de **2018**
Local e Data

Kalene dos Santos Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

SINCOR/PB
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
22 FEV 2018

SINCOR/PB

07 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

22 FEV. 2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02247.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02247.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:59 horas do dia 19 de dezembro 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Kaline dos Santos Silva**, CPF nº 095.318.064-62, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Assistente de Vendas, filho(a) de Josefa dos Santos Santino e Antônio Santino dos Santos, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 18/08/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santos Dumont, Nº 126, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Sorveteria Delícia, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98721-3160.

Dados do(s) Fatos:

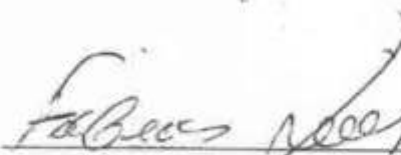
Local: Acesso Oeste, Descida Sentido Centro, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/04/17 18:55h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

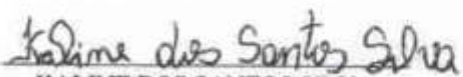
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o CICLOMOTOR I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, PRETO, PLACA QFY9278/PB, 2013/2014, CHASSI LXYXCBL0XE0633799, registrado em nome de FELIPE PEREIRA DA SILVA, quando perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 09.08.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida em veículo particular; 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 19 de dezembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


KALINE DOS SANTOS SILVA
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

Kalime dos Santos Silva

CPF da Vítima

095 318 064-62

Data do Acidente

09-06-2017

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 ressarcimento e indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74).

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 perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 30 (trinta) 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, com o exame médico às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afecção do grau da lesão, ou lesões, para os fins 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.

SINCOR/PB

07 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

22 FEV. 2018

por João Pessoa de João Pessoa de 2018
Local e Data

Kalime dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kalime dos Santos Silva,

RG nº 3517818, data de expedição 04/09/14 Órgão SSP/PB

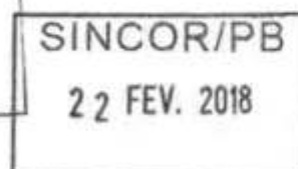
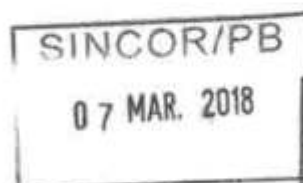
CPF nº 095368064-62, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santo Dumant</u>
Número	<u>Nº 126 Qd. 85 Lot. 09</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Maro Andreazza</u>
Cidade	<u>Paraupebas</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58309616</u>
Telefone de Contato	<u>98721 3160</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraupebas, 30.01.18

Assinatura do Declarante: Kalime dos Santos Silva



CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável por erro

Para mais informações consulte o site www.energisa.com.br Nº 001.146.301

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 226, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.811.827-0

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA DOS SANTOS SANTINO
RUA SANTOS DUMONT 126 CD 85 LT 09
BAYEUX

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/420758-5

REFERÊNCIA

JAN/2018

APRESENTAÇÃO

24/01/2018

CONSUMO

108

VENCIMENTO

31/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,72

Acesse: www.energisa.com.br



JOSEFA DOS SANTOS SANTINO

Roteiro: 15-008-520-2060

83680000000-9 69720054000-6 04207582018-5 01300008019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
31/01/2018	R\$ 69,72	420758-2018- 01-3



SINCOR/PB
22 FEV. 2018

SINCOR/PB
07 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Kaline dos Santos Silva
DATA DE NASCIMENTO 18/08/89
NOME DA MÃE Josefa dos Santos Santino

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 101703
BOLETIM DE ENTRADA N.º 996067
DATA DO ATENDIMENTO 24/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 20:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) TCE + fratura de clavícula D.
CID 10 S06.6 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de cefaléia, náuseas e otorragia direita, dor em região de clavícula direita com edema e crepitação, sem outras queixas, glasgow 14, avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX ombro D.

SINCOR/PB

07 MAR. 2018

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: diminuta HSA-T esquerda
RX: fratura de clavícula D.

SINCOR/PB

22 FEV. 2018

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de TCE e fratura de clavícula D

ALTA HOSPITALAR: 04/05/17
DATA DA EMISSÃO: 09/08/17

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



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	KALINE DOS SANTOS SILVA
DATA DE NASCIMENTO	18/08/89
NOME DA MÃE	JOSEFA DOS SANTOS SANTINO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	101.703
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.006.305
DATA DO ATENDIMENTO	09/06/17
HORA DO ATENDIMENTO	13:14
MOTIVO DO ATENDIMENTO	RETORNO-ORTOPEDIA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0



AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, retorna para realizar tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita, consequente de uma queda da própria altura.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura de clavícula direita.

ALTA HOSPITALAR:	18/06/17
DATA DA EMISSÃO:	22/11/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

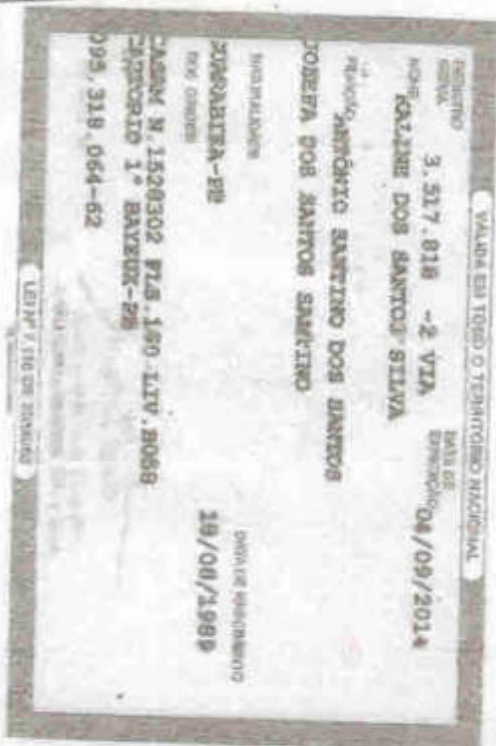
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SINCOR/PB

07 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

07 MAR. 2018



22 FEB. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

JOSÉFA DOS SANTOS SANTINO
N.º 0-17698-1 - 12/03/54 - D. ALTO ARICAZA
R. CAR. SANTIAGO 1

C-1432 Subco RESIDENTIAL / BUCKLE UP MONITORING
 - para 15-01-020 / 2000 Referência 16/2017
 Afundador 00001040000 Emissão 24/02/2017

2019年12月31日 星期三 12:30:00

Código para Declaração Automática: 0000427906

0800 083 0196

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/420768-5

Mar / 2017

Representing

24/03/2017

Data prevista da prossima lezione

26/04/2017

СЛУЖБА ЗАШТИТЕ ПРАВА

25405421
Kurt Vile

Falhas em sinais

Anterior		Posterior		Constante	Optimizado	Error
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/02/17	18269	24/02/17	18428	1	172	1

[illegible]

Historie der Company
(1974)

