

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **VANDERLEY GOMES DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180502127**

Vitima: **VANDERLEY GOMES DA COSTA**

Data do Acidente: **22/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180502127**.

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 13529757



---

**Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180502127**

**Vítima: VANDERLEY GOMES DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), VANDERLEY GOMES DA COSTA**

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 <b>082.058.104-60</b>	Nome completo da vítima <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>
---------------------------	--	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>		CPF titular da conta <b>082.058.104-60</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>SÍTIO CAMPINAL S/N</b>		Número <b>S/N</b>	Complemento
Bairro <b>AREA RURAL</b>	Cidade <b>JACARAÚ</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58.278-000</b>
Email <b>DJSADVOCACIA@GMAIL.COM</b>		Telefone (DDD) <b>(83) 98712-5439</b>	

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**

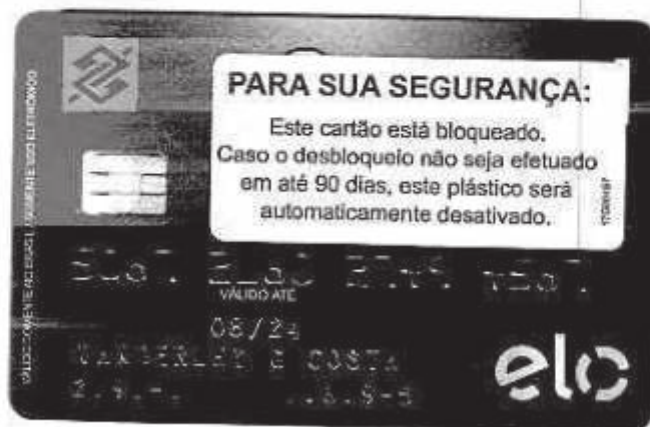
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome <b>24/09/2013</b> NRO <b>24/09/2013</b>	
AGÊNCIA NRO. <b>2191</b>	D/V <b>4</b>	CONTA NRO. <b>1619</b>	D/V <b>5</b>
(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**, 24 de outubro de 2018  
Local e Data

**Vanderley Gomes da Costa**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 420/2018



Aos 17 dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy De Carvalho Andrade, às 11h:40min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VANDERLEY GOMES DA COSTA**, conhecido por \_\_\_\_\_, Identidade nº 003.697.059-SDS/PB, CPF nº 082.058.104-60, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Antonio José Nildo Da Silva E Lenilda Gomes De Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 31/10/1996, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Campinal nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_ Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: px. a MANOEL LULU, fone(s) para contato: (83)- 98880-4986.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 22 de agosto de 2017;
- 3) HORÁRIO: 03h:0min;
- 4) LOCAL: Estrada De Areia nº \_\_\_\_\_, bairro sítio cunha – Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa-PB.;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KC08108R196931, cor vermelha, ano/modelo: 2008, placa: MOC-3306/PB, licenciado em nome de CREMILSON SENA DA COSTA.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**NÃO HOUE**

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE conduzia a referida motocicleta por uma estrada de areia no Sítio Cunha; QUE em determinado trecho da estrada, o notificante bateu em uma pedra que estava no caminho, perdeu o controle do veículo e caiu; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa.

**9) OBSERVAÇÕES:**

**NÃO HOUE.**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Vanderley Gomes da Costa*

**VANDERLEY GOMES DA COSTA**  
Comunicante

*Kennedy De Carvalho Andrade*  
Escrivão/Agente Mat nº 155.335-6





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de voz).

**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 <b>VANDERLEY GOMES DA COSTA</b>	CPF da Vítima <b>082.058.104-60</b>	Data do Acidente <b>22.08.2017</b>
--	--	---------------------------------------

**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:**

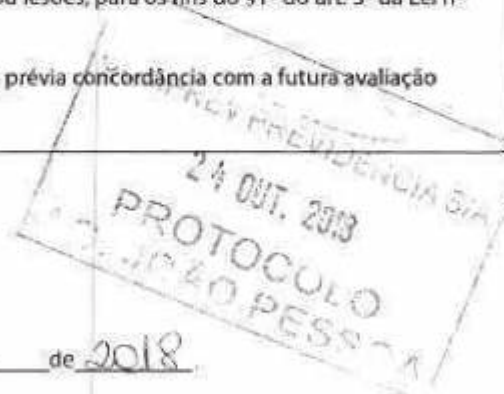
- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou 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, 24 de outubro de 2018

Local e Data



Vanderley Gomes da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. : Nº 013.787.045



ENERGISA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 06.585.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.515.833-0

## DADOS DO CLIENTE

LENILDA GOMES DE SOUZA  
S/T CAMPINAL S/N  
JACARAÍ

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1103566-4

## REFERÊNCIA

OUT/2018

## APRESENTAÇÃO

10/10/2018

## CONSUMO

15

## VENCIMENTO

18/10/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 14,68

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

LENILDA GOMES DE SOUZA

Roteiro: 05-029-567-2590

83670000000-0 14680054000-8 11035662018-4 10300029019-9

## VENCIMENTO

18/10/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 14,68

## MATRÍCULA

1103566-2018-10-3





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CREMILSON SENA DA COSTA,  
RG nº 3443057, data de expedição 03/05/2006  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 086.839.324-00, com  
domicílio na cidade de JACARAÚ-PB, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SÍTIO CUNHA, nº SIN,  
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 Vanderleik, cujo o condutor era  
Vanderleik Gomes da Costa.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: 150 TITAN  
Ano: 2008  
Placa: MOC 33061PB  
Chassi: 9C2KC08308R196931

Data do Acidente: 2010812018  
Local e Data: JACARAÚ - PB 06/08/2018

CREMILSON SENA DA COSTA  
Assinatura do Declarante

Vanderleik Gomes da Costa

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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**RIO GRANDE DO NORTE**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

**POLEGAR DIREITO**

*Vanderley*  
*Barbosa da Costa*  
CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

**082.058.104-60**

VANDERLEY GOMES DA COSTA

31/10/1996



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 003.697.059 DATA DE EMISSÃO 11/08/2015

NOME VANDERLEY GOMES DA COSTA

PAIS ANCIÃO

ANTÔNIO JOSE NILDO DA COSTA  
LENILDA GOMES DE SOUZA

NATURALIDADE BARRA NEGRA PB DATA DE NASCIMENTO 31/10/1996

CERT. DE NASCIMENTO L-8-14 F-131 RG-14648  
TACARAI PB-CARTÓRIO ÚNICO CIVIL

CPF 082.058.104-60

Assessoria Técnica de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

SECRETARIA DE PROVEDORIA

24 OUT. 2013

PROTOCOLADO

JOÃO PESSOA



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 011755318213  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 27/05/2015  
 CAA-RENNAM 26151500009061-2  
 0096994734-8 00/00000000 2015

NOME  
 CREMILSON SENA DA COSTA

CPF/CNPJ 08683992400  
 PLACA MOC3306/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2KC08108R196931

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP/POT/CIL 2 P/145 /C1 CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC. COTAS

IPVA FADIA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 27/05/2015

OBSERVAÇÕES  
 SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
 DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
 NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JACARA 27/05/2015  
 62 16152

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011755318213 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CREMILSON SENA DA COSTA

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

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

2015 27/05/2015

VIA CREMILSON SENA DA COSTA PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB 2008 COTA 08683992400 Nº CHASSI MOC3306/PB

00969947348 HONDA/CG 150 TITAN K

PRÊMIO TARIFÁRIO  
 PIS (R\$) 2008 9 DENATRAM (R\$) 9C2KC08108R196931 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.508/0001-04

24 OUT. 2013  
 PROTOCOLO  
 AS. JOAO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3441607 DATA EXPEDICAO 33 MAI 2006

NOME CRENILSON SENA DA COSTA

FILIAÇÃO Deriveldo Joaquim da Costa  
Maria Vera Lúcia de Sena Costa

Jacarau-PB 13/03/1988

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. nº 11.456, fls. 253

Liv. A-11- Cart. Jacarau-PB

CPS

José Pessoa - PB

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 2006



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA R. 900

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CAEMILSON SENA DA COSTA

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTÃO DE IDENTIDADE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0388996/18

**Vítima:** VANDERLEY GOMES DA COSTA

**CPF:** 082.058.104-60

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 22/08/2017

**Titular do CPF:** VANDERLEY GOMES DA COSTA

**CPF de:** Próprio

## 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

**VANDERLEY GOMES DA COSTA : 082.058.104-60**

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](http://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: 24/10/2018  
Nome: VANDERLEY GOMES DA COSTA  
CPF: 082.058.104-60

VANDERLEY GOMES DA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA