

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **VALDICK TRAJANO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180435139**

Vitima: **VALDICK TRAJANO DA SILVA**

Data do Acidente: **29/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180435139**.

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 13384352



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: VALDICK TRAJANO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180435139
Vitima: VALDICK TRAJANO DA SILVA
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180435139**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180435139

Vítima: VALDICK TRAJANO DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDICK TRAJANO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180435139

Vítima: VALDICK TRAJANO DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDICK TRAJANO DA SILVA

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 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 com 16 ou 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 <u>115.160.174 - 35</u>	Nome completo da vítima <u>Goldrick Trojano da Silva</u>
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Goldrick Trojano da Silva</u>		CPF titular da conta <u>115.160.174 - 35</u>	Profissão
Endereço <u>Rua Arnaldo Benifácio</u>		Número <u>32</u>	Complemento
Bairro <u>Municípios</u>	Cidade <u>Santa Rita</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58300 - 000</u>
Email			Telefone (DDD) <u>(83) 98874-5924</u>

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <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 NRO. <u>3348</u> (Informar dígito se existir)		D/V <input type="checkbox"/>		CONTA NRO. <u>8881</u> (Informar dígito se existir)		D/V <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <input type="text"/>				NRO. <input type="text"/>			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>				CONTA NRO. <input type="text"/>			
(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 06 de setembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 com 16 ou 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 <u>115.160.174 - 35</u>	Nome completo da vítima <u>Goldrick Trojano da Silva</u>
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Goldrick Trojano da Silva</u>		CPF titular da conta <u>115.160.174 - 35</u>	Profissão
Endereço <u>Rua Arnaldo Benifácio</u>		Número <u>32</u>	Complemento
Bairro <u>Municípios</u>	Cidade <u>Santa Rita</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58300 - 000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>(83) 98874-5924</u>	

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <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 NRO. <u>3348</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u></u>	CONTA NRO. <u>8881</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u>4</u>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</u> NRO. <u></u>			
AGÊNCIA NRO. <u></u> (Informar dígito se existir)				CONTA NRO. <u></u> (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 06 de setembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 com 16 ou 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 3180435139	CPF da Vítima 115.150.174-35	Nome completo da vítima Valdick Trajano da Silva
--	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Valdick Trajano da Silva		CPF titular da conta 115.150.174-35		Profissão
Endereço Rua Departamento Arnoldo Benedito		Número 217	Complemento	
Bairro Tiburi	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58719-000	
Email		Telefone (DDD) (33)98874-5924		

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"/> ATE R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATE 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"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO _____ NR: _____ AGÊNCIA _____ DIV _____ CONTA _____ DIV _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NR: 3348 (Informar dígito se existir)	DIV _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NR: 8881 (Informar dígito se existir)	DIV 4 (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, 18 de setembro de 2018
Local e Data

Valdick Trajano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Numero: 700, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos DEZ dias do mês de MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). **LEONARDO SOUTO MAIOR SOARES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALDICK TRAJANO DA SILVA, conhecido por VALDICK, Identidade nº 4.022.726-SSPPB, CPF nº 115.150.174-35, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: serviço gerais, filho(a) de Manuel Francisco Da Silva E De Maria Trajano Da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 05/03/1984 (34 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Arnaldo Bonifácio, S/N, Loteamento Jardim Europa, tendo como ponto de referência: XXXXX, na cidade de SANTA RITA-PB, fone(s) para contato: 83 98874-5924.

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: 29 de 12 de 2017;
- 3) HORÁRIO: 12h:30min;
- 4) LOCAL: AVENIDA INDUSTRIAL ARNÓBIO MAROJA;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA;
- 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/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

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

UM CICLOMOTOR SHINERAY XY 50 Q, ANO MODELO 2013, CHASSI LXYXCBL02D0433109, DE COR PRETA, DE PLACA QFQ 1618 MUNICIPIO DE GUARABIRA-PB, LICENCIADA EM NOME DE LUZIA VIDAL DE SOUZA SOARES, CPF 338.442.834-04, MAS COM AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERENCIA DE PROPRIEDADE DE VEICULO-ATPV EM NOME DO NOTICIANTE.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO SUPRACITADO QUANDO UM VEICULO CARRO QUE VINHA SENTIDO OPOSTO A VIA ATRAVESSOU BRUSCAMENTE NA FRENTE DO CICLOMOTOR QUE O NOTICIANTE CONDUZIA COLIDINDO FRONTALMENTE, O MOTORISTA CAUSADOR DO ACIDENTE ALEGOU QUE A BARRA DE DIREÇÃO HAVIA QUEBRADO E POR ISSO O VEICULO HAVIA ATRAVESSADO DAQUELA FORMA; DISSE QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA, ONDE DEU ENTRADA EM 29/12/2017 ÀS 14h23min CONFORME BOLETIM DE ENTRADA Nº 1.051.901, DIAGNOSTICADO SOB O CID-10 S40.0 CONFORME LAUDO MÉDICO EM ANEXO.

9) OBSERVAÇÕES:

NADA A CONSTAR

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



Valdick Trajano da Silva
VALDICK TRAJANO DA SILVA

Escrevã(o)/Agente

PROTÓTIPO
13/05/2018
PROTÓTIPO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

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 interdita 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

Goldiek Trajano da Silva

CPF da Vítima

115.150.174-35

Data do Acidente

29/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Luciana Carneiro da Cunha Filho

CPF do Representante legal

076.809.594-80

Email

carneiro.macedo.advocacia@gmail.com

Telefone (DDD)

(13) 9988 99 231

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:

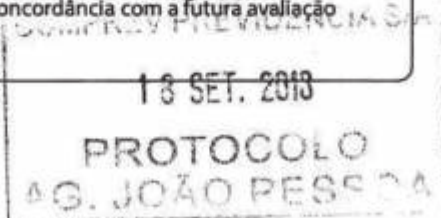
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ 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 e 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, 19 de julho de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 <i>Waldick Trajano da Silva</i>	CPF da Vítima <i>116 130 174-35</i>	Data do Acidente <i>29.12.2017</i>
--	--	---------------------------------------

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.

Waldick Trajano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-600
CNPJ 09.096.102/0001-40 Insc. Est. 16.015.025-0

DADOS DO CLIENTE

REGINALDO PAULINO PEDRO
RUA DEP ARNALDO BONIFACIO 32
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1335059-0

REFERÊNCIA

JAN/2018

APRESENTAÇÃO

19/01/2018

CONSUMO

54

VENCIMENTO

26/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 25,70

PARA PAGAR, VERIFIQUE O VALOR DA CONTA



REGINALDO PAULINO PEDRO

Roteiro: 12-009-070-5700

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/01/2018

VENCIMENTO

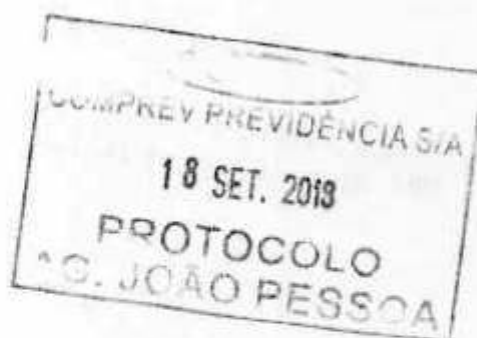
26/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 25,70

MATRÍCULA

1335059-2018-01-0



LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA
RUA 13 DE MAIO, 796 / SL 06 - CENTRO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Emissão: 11/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subclasse: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONOFASE 25 - Custo Redutor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Roteiro: 5 - 1 - 37 - 2100 Nº medidor: 0000862936

ENERGISA PARÁBIA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 08.085.193/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.136.886

Cód. para Dígit. Automático: 000062996 73

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Set / 2018

Apresentação

11/09/2018

Data prevista da

próxima leitura

10/10/2018

CPF / CNPJ / RANI

191.200.794-00

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/825967-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 13/09/18	Data 11/09/18			
Leitura 8815	Leitura 8809	1	194	28

CCI	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc.	Por/Coeficiente	Por/Coeficiente
Demonstrativo						
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS						
0801	Consumo em kWh	194,000	0,758420	147,13	147,13	25
0801	Adic. B. Vermelha	13,78	13,78	25	3,44	13,78
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	9,85	0,00	0	0,00	0,00
TOTAL						
CCI Código de Classificação do Item		170,54	180,89	40,22	180,89	1,29

Média últimos meses (kWh)
200

VENCIMENTO
18/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 170,54

Histórico de Consumo (kWh)

164 | 170 | 180 | 204 | 129 | 129 | 197 | 251 | 274 | 224 | 240 | 166 | 128
Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18

RESERVADO A 36.e62d.1912.620f.f3c9.5942.6bfe.a852.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 10,15	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 20,30		
DIC ANUAL 3,36		
FIC MENSAL 8,72		
FIC TRIMESTRAL 13,45	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL 2,89		LIMITE SUPERIOR 231
DMC 12,22	0,00	
DICR		

Composição do Valor	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	38,93	24,88
Compra de Energia	81,81	38,30
Serviço de Transmissão	5,78	3,37
Encargos Setoriais	8,78	5,14
Impostos Diretos e Encargos	57,13	33,50
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	170,54	100,00

Valor de EUSD (Ref 7/2018) R\$ 44,00

Requisito Tarifário - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Base Tensão 15,41% Média
Requisito Tarifário - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Taxa Tensão 16,76% Média

Faturas em atraso

18 SET. 2018

PROTOCOLO

JOAO PESSOA

PARABÁ

Roteiro: 5 - 1 - 37 - 2100

Métrica: 825967-2018-09-4

VER 0062996

TOTAL A PAGAR

83670000001-8 70540149000-2 08259672018-3 09400001019-2



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
SANTA RITA / PB CEP: 58100-000
Fone: (31) 3611-1111
E-mail: saude@serasa.com.br
CNPJ nº 06.908.000/0001-91
Inscrição Estadual nº 07.000.000-00
Inscrição Federal nº 07.000.000-00

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
SANTA RITA / PB CEP: 58100-000
Fone: (31) 3611-1111
E-mail: saude@serasa.com.br
CNPJ nº 06.908.000/0001-91
Inscrição Estadual nº 07.000.000-00
Inscrição Federal nº 07.000.000-00

Atendimento ao Cliente: 0800 063 0196 Acesso: www.serasa.com.br

Conta referente a Apresentação 22/06/2018 Data prevista de próxima leitura 20/08/2018 CPM/CMV/BAH 603.307.440-4

UC (Unidade Consumidora) 5/1887660-8

Cancel de crédito

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Difer
06/07/18	06/07/18	06/07/18	06/07/18	06/07/18
Demonstrativo				
001 Consumo em kWh	80.600 0,71792	57,41	57,41	0,00
002 Adeq. e Verifica	9,01	9,00	9,00	0,01
003 Consumo em kWh	80.600 0,71792	57,41	57,41	0,00
004 Adeq. e Verifica	9,01	9,00	9,00	0,01
005 Consumo em kWh	80.600 0,71792	57,41	57,41	0,00
006 Adeq. e Verifica	9,01	9,00	9,00	0,01

CCO (Código de Classificação por Tabela) 002 0021 1420 0021 002 315

Valor devido mensal (R\$) 30/08/2018 R\$ 68,66

Histórico de Consumo (kWh)

982e.2866.492d.ca81.0d20.db9b.e3d7.713f



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declaro para os devidos fins de comprovação de domínio que o Sr.(a) Valdick Dreyse da Silva reside na Rua Amadeu Rodighiero, s/n nesta cidade é assistido por esta Unidade de Saúde da Família de PSF Jardim Europa II estando devidamente cadastrado na área 027 micro-área 04 sendo acompanhada pelo ACS Luiz Carlos de Araújo Silva por todas as informações prestadas me responsabilizo afirmando a veracidade das mesmas.

Leandro da Silva Xavier
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 515.408

Santa Rita, 31/08/2018

Luiz Carlos de Araújo Silva
ACS (Assinatura)

Enfermeiro (Carimbo e Assinatura)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
21 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
DE JOÃO PESSOA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciano Carneiro da Cunha Filho inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.909.594-80/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Waldick Trojano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.150.174-35/ do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Waldick Trojano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.150.174-35/, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

13 SET. 2018
PROTOCOLADO
AG. JORGE

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. 13 de maio</u>		Número <u>796</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-072</u>
Email <u>comuinoemacadoadvocacia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)99889-9231</u>	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 19 de julho de 2018
Local e Data





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	VALDICK TRAJANO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	05/03/84
NOME DA MÃE	MARIA TRAJANO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.051.901
DATA DO ATENDIMENTO	29/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	14:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO DE OMBRO ESQUERDO
CID 10	S40.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro esquerdo, com limitação funcional. Torax e abdomen sem queixas. Contusão de ombro esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de ombro esquerdo
RX de antebraço esquerdo
RX de joelho direito
RX de joelho esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR: 29/12/17
DATA DA EMISSÃO: 23/04/18

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

13 SET. 2013
PROTOCOLLO

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-124





Valdeci Tomaz de Sousa
Assente na DPM-PI

CARTÃO DE IDENTIDADE

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

17923

LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO

FILIAÇÃO
LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO
IRMA DE SOUSA CARNEIRO DA CUNHA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
29/04/1989

3141548 - SSP/PB
PAGADOR DE DÍVIDAS E TERCOS

076.809.594-00
VIA EXPEDIENTE CN

NÃO

10/01/2013

COORDENADOR CAVALCANTI RODRIGUES

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10920004

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13 DA LEI Nº 9.608/98)

OAB

13 SET. 2013

PROTOCOLADO

CARNEIRO & MACÊDO

Advocacia

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA SEGURADORA

VALDICK TRAJANO DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador do CPF nº. 115.150.174-35, vem à presença de Vossa Senhoria, com o devido e costumeiro respeito, **por seus procuradores e advogados que a esta subscrevem**, constituído nos termos do instrumento de outorga que segue em anexo, informar e requerer o quanto segue.

O requerente, em 29.12.2017, trafegava na Avenida Insdústrial Arnóbio Maroja, município de Santa Rita, em uma ciclomotor marca SHINERAY XY 50 Q, 2013/2013, CHASSI LXYXCBL02D0433109, quando se envolveu em um acidente de trânsito.

Ressalta-se, que em virtude do referido acidente de trânsito, o requerente foi acometido das seguintes patologias em caráter permanente: **CONTUSÃO DO OMBRO E DO BRAÇO (CID 10 S40.0)**.

Em virtude do exposto, o requerente requer de Vossa Senhoria o pagamento de uma indenização do seguro **DPVAT em decorrência do acidente de trânsito com resultado invalidez permanente**, em favor do requerente.

Por fim, **em atenção ao Instrumento de Procuração em apenso**, requer pelo envio de qualquer notificação ou comunicação referente ao presente requerimento para **os advogados legalmente constituídos, com ENDEREÇO NA RUA TREZE DE MAIO, Nº 796, BAIRRO DO CENTRO, CEP Nº 58013-072, MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, FONES (83) 3023-7146 / 99673-6982.**

Nestes termos, pede e confia no seu deferimento.
João Pessoa/PB, 29 de junho de 2018.

THALLES CÉSARE A. MACÊDO DA COSTA
OAB/PB 19.907

LUCIANO CARNEIRO DA C. FILHO
OAB/PB 17.923



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342605/18

Número do Sinistro: 3180435139

Vítima: VALDICK TRAJANO DA SILVA

CPF: 115.150.174-35

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDICK TRAJANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Outros

VALDICK TRAJANO DA SILVA : 115.150.174-35

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: 21/12/2018
Nome: LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO
CPF: 076.809.594-80

LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/12/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS