



Número: **0841429-67.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDICK TRAJANO DA SILVA (AUTOR)		THALLES CESARE ARARUNA MACEDO DA COSTA (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36243803	04/11/2020 15:13	<a href="#">2760758_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: VALDICK TRAJANO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180435139

Vítima: 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

Pag. 00465/00466 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020233



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **VALDICK TRAJANO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180435139**  
Vítima: **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](http://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**

Pag. 00031/00032 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13386844





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00319/00320 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050160



Carta nº 13756522





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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

Pag. 00173/00174 - carta\_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14481683



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 115.150.174-35	Nome completo da vítima Waldick Trojano da Silva
---------------------------	---------------------------------	---

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

Nome completo Waldick Trojano da Silva		CPF titular da conta 115.150.174-35	Profissão
Endereço Rua Arnaldo Benifacio		Número 32	Complemento
Bairro Municípios	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58300-000
Email		Telefone (DDD) (83)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 type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 3348 D/V (Informar dígito se existir)	<b>CONTA</b> NRO. 8881 D/V 4 (Informar dígito se existir)	<b>BANCO</b> Nome BANCO DO BRASIL NRO. 13 SET. 2018 <b>AGÊNCIA</b> NRO. 3348 D/V (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

FAPPF.001 V001/2017





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 115.150.174-35	Nome completo da vítima Goldrick Trojano da Silva
---------------------------	---------------------------------	--

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

Nome completo Goldrick Trojano da Silva		CPF titular da conta 115.150.174-35	Profissão
Endereço Rua Arnaldo Benifacio		Número 32	Complemento
Bairro Municípios	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58300-000
Email			Telefone (DDD) (83)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 type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 3348    D/V (Informar dígito se existir)	<b>CONTA</b> NRO. 8881    D/V 4 (Informar dígito se existir)	<b>BANCO</b> Nome CAIXA ECONOMICA FEDERAL NRO. <b>AGÊNCIA</b> NRO. 0001    D/V 0001 (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

FAPPF.001 V001/2017





**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 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: 115.150.194-35 Nome completo da vítima: Waldick Trajano da Silva

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

Nome completo Waldick Trajano da Silva		CPF titular da conta 115.150.194-35		Profissão	
Endereço Rua Deputado Arnaldo Benedito		Número 217		Complemento	
Bairro Tiburi		Cidade Santa Rita		Estado PB	
Email		CEP 58919-000		Telefone (DDD) (33) 988374-5924	

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**

☐ 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) ☐ ITAU (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos):  
BANCO Nome: \_\_\_\_\_ NR: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA NR: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ CONTA NR: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NR: 3348 DV: \_\_\_\_\_ CONTA NR: 8881 DV: 4  
(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, 18 de novembro de 2018  
Local e Data

Waldick Trajano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Número: 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, escrevê(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 LXYXCB02D0433109, 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, escrevê(o) que digitei.



*Valdick Trajano da Silva*  
VALDICK TRAJANO DA SILVA

Escrivã(o)/Agente

PROTOCOLADO  
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 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 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 Luciane Carneiro da Cunha Filho CPF do Representante legal 076.809.594-80  
Email carneiroemacedoadvocatia@gmail.com Telefone (DDD) (13) 9928 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 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.

13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 19 de julho de 2018  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

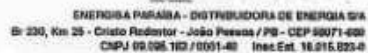
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





NF 000 944 725



### DADOS DO CLIENTE

**REGINALDO PAULINO PEDRO**  
RUA DEP ARNALDO BONFACIO 32  
SANTA RITA

## EDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

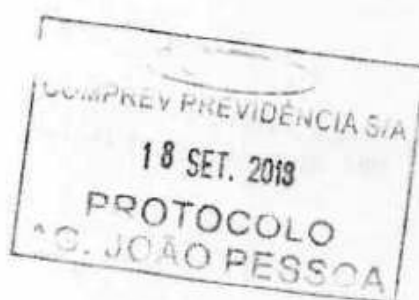
5/1335059-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2018	19/01/2018	54	26/01/2018	R\$ 25,70



REGINALDO PAULINO PEDRO  
Roteiro: 12-009-070-5700  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 20/01/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
25/01/2018	R\$ 25,70	1335090-2018- 01-0





LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA  
RUA 13 DE MAIO, 196 / SL. 08 - CENTRO  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Emissão: 11/09/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subclasse: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONOFASICO  
Roteiro: 5-1-37-2100 Nº medidor: 00008652935

**energisa**

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.086.193/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.136.898  
Cód. para Dat. Automática: 00008299673

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	11/09/2018	10/10/2018	191.200.794-00
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/825967-3**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
13/09/18	11/09/18	1	194	29

CC	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc.	Alíq.	Totem (R\$)	Base Calc.	Por (R\$)	Cobrança (R\$)
0801	Consumo em kWh	194,000	0,758420	147,13	25	36,79	147,13	1,18	5,46
0801	Adic. B. Vermelha			13,78	25	3,44	13,78	0,11	0,51
0807	CONTRIB SERV ILLUM PUBLICA			9,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	170,54	180,89	40,22	180,89	1,29	5,97
-----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)  
210

**VENCIMENTO**  
18/09/2018

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 170,54

184	170	180	204	129	197	351	274	224	240	188	138
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mai/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO A **ef36.e62d.1912.620f.f3c9.5942.6bfe.a852.**

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	10,15	NOMINAL
DIC ANUAL	20,30	
FC MENSAL	9,08	
FC ANUAL	8,72	
FC MENSAL	13,45	
FC ANUAL	2,89	
CMC	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	38,93	22,82
Compra de Energia	81,91	48,03
Serviço de Transmissão	5,78	3,37
Encargos Setoriais	6,76	3,94
Impostos Diretos e Encargos	57,13	33,50
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>170,54</b>	<b>100,00</b>

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

Resposta Tarifária Vigência: **ATENÇÃO** NEEL nº 2.439-Base Tensão 15,41kV Média  
Resposta Tarifária Vigência: 28/09/18-Res. ANEEL nº 2.439-Base Tensão 15,75kV Média

Faturas em atraso

13 SET. 2018  
PROTOCOLO  
10.0040 PESSOA

PARABÁ

Roteiro: 5-1-37-2100  
Matrícula: 525967-2018-09-4

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

83670000001-8 70540149000-2 08259672018-3 09400001018-2





ETRECA S.p.A. - DISTRETTO DI CORTINA  
25050 Cortina d'Ampezzo (BL) - Tel. 0434/881111  
Fax 0434/881112 - E-mail: [info@etrecaspa.it](mailto:info@etrecaspa.it)

Access: [www.merck.com/hiv](http://www.merck.com/hiv)  
 Call your doctor for more information: 800-828-7855

CPH/CHPL/ELANS  
0001.2007.1040-4

1867-650-8

[illegible]

CC) Cálculo de Características por Item	TOTAL	63.88	42.31	14.00	82.21	9.68	3.15
---	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

30/08/2018

MS-60,66

Instituto de Consumo (IAC)

932e.2896.492d.ca61.0d20.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 Dragone da Silva reside na Rua Amador Domingues, 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 17 sendo acompanhada pelo ACS Luiz Carlos de Araújo Silva  
 por todas as informações prestadas me responsabilizo afirmando a veracidade das mesmas.

Santa Rita, 31/08/2008

Leandro da Silva Xavier  
 Tel. de Informaç. 021.408.515.498  
 COREN-ANP 515.498

Luiz Carlos de Araújo Silva  
 ACS (Assinatura)

ACS (Assinatura)  
21 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. 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/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 João Pessoa Barreira da Cunha Filho inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.909.594 - 80/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Uoldick Inojima da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.150.174-35/ do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Uoldick Inojima 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

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>comunismacadeadocacao@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(93)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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-124




TERMINO DE IDENTIFICACAO

VALIDADE 13/09/2013

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 4.022.726 -2 VIA DATA DE EMISSÃO: 06/02/2013

SEU: VALDICK TRAJANO DA SILVA

FILIAÇÃO: MANUEL FRANCISCO DA SILVA  
MARIA TRAJANO DA SILVA

NATURALIDADE:

SANTA RITA-PE

DATA DE NASCIMENTO: 05/03/1984

COG. CIVIL:

NASC. N. 35613 FLS. 298 LIV. 30

CARTÃO 1 SANTA RITA-PE

CPF: 115.150.174-35

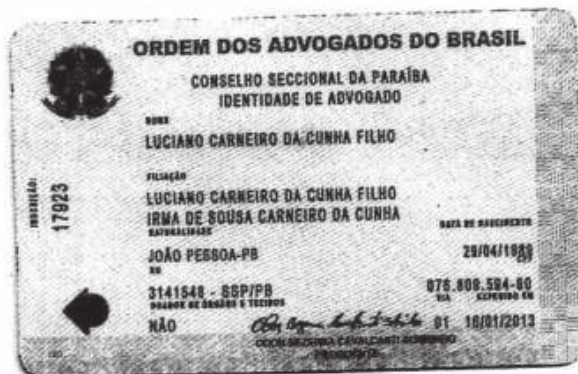
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

13/09/2013 15:13:52

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 Industrial 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 BRACO (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](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: 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

