



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
36243 803	04/11/2020 15:13	<u>2760758_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Pag. 00465/00466 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 15:13:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110415135193400000034605216>
Número do documento: 20110415135193400000034605216

Num. 36243803 - Pág. 1

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

Carta nº 1338684

Pag. 00031/00032 - carta_03 - INVALIDEZ



00050016





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 15:13:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110415135193400000034605216>
Número do documento: 20110415135193400000034605216

Num. 36243803 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 e 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

00173/000174 - carta 16 - INVAI IDEZ

0000200087

Carta n° 14481683



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 15:13:52
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110415135193400000034605216>
Número do documento: 20110415135193400000034605216

Num. 36343803 Pág. 4



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	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	115.150.174-35	Tioldick Trojano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Tioldick Trojano da Silva	115.150.174-35	
Endereço	Número	Complemento
Rua Arnoldo Bonifácio	32	
Bairro	Cidade	Estado
Município	Santa Rita	PB
Email	CEP	
	58300-000	
	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"/> RECUZO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
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. 3348	D/V	CONTA NRO. 8881	D/V 4
(Informar dígito se existir)			
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome Caixa Econômica Federal			
NRO.			
18 SET 2013			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
30102000	0000000000000000	0000000000000000	0000000000000000
(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.

Felipe 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	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	115.150.174-35	Tioldick Trojano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
115.150.174-35		
Endereço	Número	Complemento
Rua Arnoldo Bonifácio	32	
Bairro	Cidade	Estado
Município	Santa Rita	PB
Email		CEP
		58300-000
		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"/> RECUZO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
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. 3348	D/V _____ 8881	CONTA NRO. 4	D/V 18 SET 2013
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. 1010	D/V 0000	CONTA NRO. 0000	D/V 0000
(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.

Felipe 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 Valdick Trajano da Silva
--	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Valdick Trajano da Silva	CPF titular da conta 115.150.194-35	Profissão
Endereço Rua Deputado Arnaldo Bonfim	Número 517	Complemento
Bairro Tijui	Cidade Santa Rita	Estado PB
Email	CEP 58919-000	
Telefone (DDD) (73)98874-5921		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ 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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	BANCO Nome _____ NRO. _____
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	AGÊNCIA NRO. _____ DV _____		
AGÊNCIA NRO. 3348	CONTAS NRO. 8881	DV 4	AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ CONTA NRO. _____ DV _____
(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 Lider 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.

Local e Data
Local e Data
Local e Data

Valdick Trajano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DA PARAÍBA



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 14^a Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). **LEONARDO SOUTO MAIOR SOARES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(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 LXYXCL02D0433109,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 OPPOSTO A VIA ATRAVESSOU BRUSCAMENTE NA FRETE 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, escrivã(o) que digitei.



Valdick Trajano da Silva
VALDICK TRAJANO DA SILVA

Escrivã(o)/Agente

*PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESQUINA*

CÓPIA





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Goldick 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

Suelio Moreira da Cunha Filho

CPF do Representante legal

076.809.594-80

Email

comericaemacedoadvocacia@gmail.com

Telefone (DDD)

(83)9928 99231

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 à 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 15:13:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110415135193400000034605216>
Número do documento: 20110415135193400000034605216

Num. 36243803 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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>Valdeci Rayane da Silva</i>	CPF da Vítima 116.150.174-35	Data do Acidente 29/12/2017
---	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rodrigo Ribeiro, 18 de dezembro de 2018
Local e Data

IMPREV
COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
DE JOÃO DE SOUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 15:13:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110415135193400000034605216>
Número do documento: 20110415135193400000034605216

Num. 36243803 - Pág. 10

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.098.162/0091-48 Insc Est. 16.215.823-0

DADOS DO CLIENTE

REGINALDO PAULINO PEDRO
RUA DEP ARNALDO BONIFACIO 32
SANTA RITA

EDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

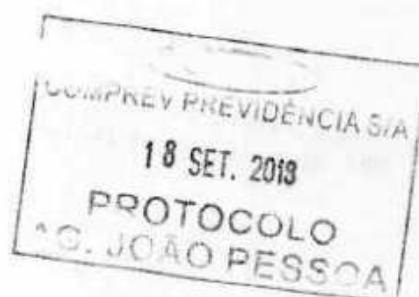
5/1335059-0

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



REGINALDO PAULINO PEDRO
Rotairo: 12-009-070-5700
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/01/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/01/2018	R\$ 25,70	1335059-2018-01-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 15:13:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110415135193400000034605216>
Número do documento: 20110415135193400000034605216

Num. 36243803 - Pág. 11

LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA
RUA 13 DE MAIO, 786/SL.06 - CENTRO
JOAO PESSOA/PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Emissao: 11/09/2018 Referencia: Set / 2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL / OUTROS SERVICOS E MONOPOLIOS
Rotero: 5 - 1 - 37 - 2100 NPI medidor: 00008682938



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 00.000.000/0001-25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-460
CNPJ: 09.095.183/0001-46 - Ins. Est. 15/015.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°012.196.886
Cód. para DBk. Automática: 00058259673

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: 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	Data	Lectura	Atual	Data	Lectura	Constante	Consumo	Dias
	13/09/18	8815		11/09/18	8809	1	164	29

Descreto Quantif. (kWh) Fator (kWh) Bime Calc. Alq. Interessado ICMS PIS/Cofins/Renda (R\$) Cetim (R\$)
Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS PIS/Cofins (R\$) 0,0069% 0,7164%
0801 Consumo em kWh 194.000 0,758420 147,13 147,13 25 36,79 147,13 1,18 5,46
0801 Adic. B. Vermelha 13,78 13,78 25 3,44 13,78 0,11 0,51
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS
0807 CONTRIB SERV ILUM.PÚBLICA 9,65 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 170,54 180,89 40,32 180,89 1,29 5,37

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
18/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 170,54

Histórico de Consumo (kWh)
164 | 170 | 180 | 204 | 128 | 197 | 251 | 276 | 224 | 240 | 168 | 176
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 AO USO EXCLUSIVO DO CONSUMIDOR ef36.e62d.1912.620f.f3c9.5942.6bfe.a852.

7/2018-Ja5z7mna

Indicadores de Qualidade

DIAMENSAL	Límites da ANEEL	Aparado	Límite de Tensão (V)
DIC TRIMESTRAL	10,15		NOMINAL
DIC ANUAL	20,26		220
FIC MENSAL	3,26	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	13,45		202
DMC	2,88	0,00	LIMITE SUPERIOR
DICR	12,22		231

Compreender o Consumo Discriminado	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	38,93	22,68
Correia de Energia	81,81	46,90
Serviço de Transmissão	5,78	3,27
Encargos Fiscais	6,76	3,14
Impostos Diretos e Encargos	5,91	3,41
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	170,54	100,00

VALOR REFERENTE A PREVISÃO DE FONTE

13 SET. 2018

Resposta Tensão - Vigência ATENÇÃO: ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Média
Resultado Tensão - Vigência 25/09/18-HES ANEEL nº 2.439-7-da Tensão 18,75% Média

Faturas em atraso

PROTOCOLO
13.09.2018 PESSOA

PARABA

Rotero: 5 - 1 - 37 - 2100
Matrícula: 825967-2018-09-4

VENDA 06/2008

TOTAL R\$ 170,54

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 15:13:52
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110415135193400000034605216
Número do documento: 20110415135193400000034605216

Num. 36243803 - Pág. 12

Relatório de Consumo - Agosto 2018						
Consumo		Resumo do Consumo				
Item	Quantidade	Unidade	Preço Unitário	Preço Total	Impostos	Total com Impostos
1001 Consumo domiciliado	80.000	0,71700	R\$ 1.110,00	R\$ 1.110,00	R\$ 0,00	R\$ 1.110,00
1002 Aluguel e Venda	100	1,00000	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 100,00
Outros consumo e serviços	8,44	0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total	80.088,44			R\$ 1.110,00		R\$ 1.110,00



**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 comprovarão de domínio que o Sr.(a) Valdick Borges da Silva reside na Rua Assaldo Boticário, s/n nesta cidade é assistido por esta Unidade de Saúde da Família de USF Jardim Europa II estando devidamente cadastrado na área 027 micro-área 07 sendo acompanhada pelo ACS José Fernandes de Araújo Senna por todas as informações prestadas me responsabilizo affirmando a veracidade das mesmas.

Alberto
Leandro da Silva Xavier
Técnico de Enfermagem
COREN-RN/MEP 515-908

Santa Rita, 31/08/2003

Enfermeiro (Carimbo e Assinatura)

COMPACS (Assinatura)

Digitized by srujanika@gmail.com

21 DEZ. 2018

ROTOR 10

ESTOCOLMO
SOAÑO PERDIDO

ESSOA





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 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 Jucileno Barreiro da Bumba Filho inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.809.554-801, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Woldick Trojano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.150.174-351, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Woldick Trojano da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.150.174-351, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

18 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JCTO 070

Recuso informar

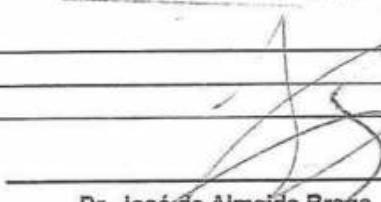
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
R. 13 de Maio	796	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PB	58013-072
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
comuninoemacedoadvocacia@gmail.com	(83)99889-9231	

Jucileno Barreiro da Bumba Filho, 19 de Mulher 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:		13 SET. 2018
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





REDAÇÃO DE FOLHA DE SÃO PAULO
LIAÇÃO DA POLÍCIA MILITAR
SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS
V-124

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13 SET. 2013

PROTÓCOLO
FOLHA

NÚMERO:	4.022.726 -2 VIA	DATA DE ISSUE:	06/02/2013
NAME:	VALDICK TRAJANO DA SILVA	NAME:	
PRIMOGÊNITO:	MARCELO FRANCISCO DA SILVA	PRIMOGÊNITO:	
MARCA TRAJANO DA SILVA			
NOTA DE ARMAZÉM		DATA DE EXPEDICAO:	
SANTA RITA-PB		05/03/1984	
DOC. ORIGINAL			
NASC. N. 35613 FTS. 298 LV. 30			
CARTÓRIO 1 SANTA RITA-PB			
115.150.174-35			
LEI Nº 2.116 DE 1964			





13 SET. 2018
PROTOCOLO
TJ-PB



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 ENDERECO 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 LUCIANO CARNEIRO DA C. FILHO
OAB/PB 19.907 OAB/PB 17.923

7.923
13 SET. 2013
PROTÓCOLO
AG. CTO PESCA



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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCIANO CARNEIRO DA CUNHA FILHO

RENATO LUNA DIAS

