



Número: **0843022-68.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/08/2018**

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	
KALINE DOS SANTOS (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38364 761	13/01/2021 14:21	<a href="#">2774645_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **KALINE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180249599**

Vitima: **KALINE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **24/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00467/00468 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12906035



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

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

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

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

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

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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: 00372/00374 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070187

Carta nº 12906557



---

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **KALINE DOS SANTOS**

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

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180249599**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13656905

Pag. 00377/00378 - carta\_16 - INVALIDEZ

00020189





**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 095 318 064-62 Nome completo da vítima: Kalime dos Santos Silva

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

Nome completo <u>Kalime dos Santos Silva</u>	CPF titular da conta <u>095 318 064-62</u>	Profissão <u>marido, vendedor</u>
Endereço <u>Rua Santo Dumont</u>	Número <u>126</u>	Complemento
Bairro <u>Marão Andreazza</u>	Cidade <u>Bayeux</u>	Estado <u>Paraíba</u>
Email	CEP <u>58309616</u>	Telefone (DDD) <u>98721 3160</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**

**SINCOR/PB**

RECUSO INFORMAR     SEM RENDA    07 MAR. 2018     ATÉ R\$ 1.000,00    **CONFERIDO COM ORIGINAL**     DE R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <u>Brasil</u>	NRO <u>001</u>
AGÊNCIA NRO <u>3165</u>	DIV <u>8</u>
CONTA NRO <u>21324</u>	DIV <u>1</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, 30 de junho de 2018  
Local e Data

Kalime dos Santos Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**SINCOR/PB**  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

06/2/18



SINCOR/PB

07 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

22 FEV. 2018







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02247.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02247.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:59 horas do dia 19 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Kaline dos Santos Silva**, CPF nº 095.318.064-62, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Assistente de Vendas, filho(a) de Josefa dos Santos Santino e Antônio Santino dos Santos, natural de Guarabira/PB, nascido (a) em 18/08/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santos Dumont, Nº 126, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Sorveteria Delícia, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98721-3160.

**Dados do(s) Fatos:**

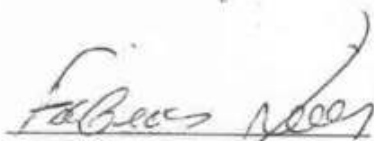
Local: Acesso Oeste, Descida Sentido Centro, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/04/17 18:55h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÁNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia o CICLOMOTOR I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, PRETO, PLACA QFY9278/PB, 2013/2014, CHASSI LXYXCBL0XE0633799, registrado em nome de FELIPE PEREIRA DA SILVA, quando perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 09.08.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida em veículo particular; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de dezembro de 2017.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
KALINE DOS SANTOS SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 02247.01.2017.1.00.420

1/1







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kalíene dos Santos Silva.

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

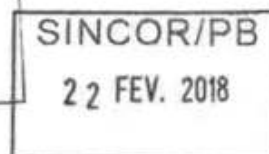
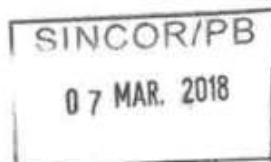
CPF nº 09536806462, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santo Dumant</u>
Número	<u>N: 126 Qd. 85 Lot. 09</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Naio Andreazza</u>
Cidade	<u>Raymex</u>
Estado	<u>Paraíba-PB</u>
CEP	<u>58309616</u>
Telefone de Contato	<u>987213160</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30.01.18

Assinatura do Declarante: Kalíene dos Santos Silva



CONFERIDO COM O ORIGINAL



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo

Documento não é segunda via de conta

Para mais informações consulte o site [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) Nº 001.146.301



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 226, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.011.927-0

**DADOS DO CLIENTE**  
JOSEFA DOS SANTOS SANTINO  
RUA SANTOS DUMONT 126 CD 85 LT 09  
BAYEUX

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**  
5/420758-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2018	24/01/2018	108	31/01/2018	R\$ 69,72

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



JOSEFA DOS SANTOS SANTINO  
Roteiro: 15-008-520-2000  
83680000000-9 69720054000-6 04207582018-5 01300008019-5

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



SINCOR/PB  
22 FEV. 2018

SINCOR/PB  
07 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

### DADOS EXTRAÍDOS

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

### AVALIAÇÃO INICIAL:

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

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX ombro D.

SINCOR/PB  
07 MAR. 2018

### RESULTADOS DOS EXAMES:

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

SINCOR/PB  
22 FEV. 2018

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador de TCE e fratura de clavícula D

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

### DADOS EXTRAÍDOS

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



### AVALIAÇÃO INICIAL:

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

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita.

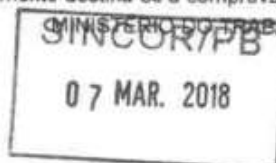
### TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura de clavícula direita.

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

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



CONFERIDO COM O ORIGINAL





SINCOR/PB  
07 MAR. 2018



VALOR EM TÓRDO O TERCEIRO NACIONAL

INDICADO: 3.217.818 -2 VIZ  
 NOME: JOSEFA DOS SANTOS SILVA  
 ENDEREÇO: ANTONIO SANTINO DOS SANTOS  
 JOSEFA DOS SANTOS SANTINO  
 ZIP-CÓDIGO: 51200-000  
 CIDADE: SINCORÁLIA-PB  
 ESTADO: PB  
 DATA DE EMISSÃO: 19/08/1999

SINCOR/PB  
22 FEV. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

JOSEFA DOS SANTOS SANTINO  
 RUA S. ANTONIO, 127/00 51200-000 SINCORÁLIA-PB  
 CEP: 51200-000

Atendimento ao Cliente Eletrônico 0800 083 0196 Acesso: www.sincorpb.com.br  
 Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/420768-5

Mar / 2017  
 Apresentação  
 24/03/2017  
 Data prevista da próxima leitura  
 25/04/2017

CPF/CNPJ/RAZ  
 23-0254-11

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Eixo
240217	1829	245077	19422	21

Faturas em atraso

Categoria	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	26	0,14022	4,44
Consumo de gás	1	17,79	17,79
Consumo de água	73	0,23714	17,22
Serviço			1,72
ICMS			0,89
IP			20,21
COPNE			1,04
			7,70

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)
JUROS DE MORA 01/2017	6,22
JUROS DE MORA 02/2017	5,88
JUROS DE MORA 03/2017	6,14

