



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	<u>2774645_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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

Carta nº 12906035



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: 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 LIDER 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 ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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





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.seguradralider.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

Kaline dos Santos Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Kaline dos Santos Silva	095 318 064-62	working
Endereço	Número	Complemento
Rua Santo Dumont.	126	
Bairro	Cidade	Estado
Wario Andreazza	Bayeux	Paraíba
Email	CEP	58309616
	Telefone (DDD)	98721 3160

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		SINCOR/PB	
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	07 MAR. 2018	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 CONFERIDO COM A INDENIZAÇÃO R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" 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	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
		3165	8
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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.

josé Pense 30 de janeiro de 2018

Local e Data

Kaline dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

06/21/20

SINCOR/PB

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

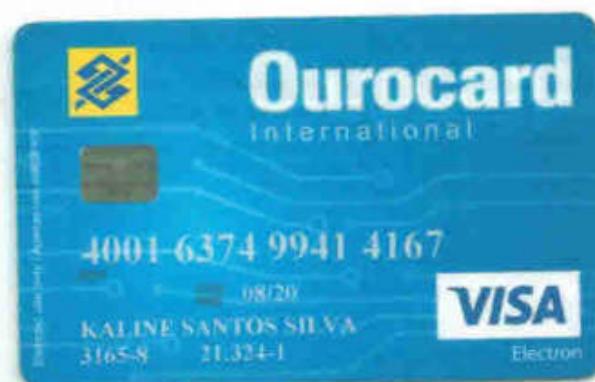
SINCOR/PB

07 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

22 FEV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:21:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314213058400000036587564>
Número do documento: 21011314213058400000036587564

Num. 38364761 - Pág. 5

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:

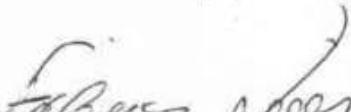
Local: Acesso Oeste, Descida Sentido Centro, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/04/17 18:55h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

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, expeço 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





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 0227206 (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 **Kaline dos Santos Silva** CPF da Vítima **095 318 064-62** Data do Acidente **09-06-2017**

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 recuperação e indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74).

SINCOR/PB

07 MAR. 2018

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 com prova de Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias, a partir da data do respectivo pedido.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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 lesão e indenização sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, com a autorização para que a Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins da Lei nº 6.194/74.

SINCOR/PB

22 FEV. 2018

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.

Local e Data:

gsar Pernambuco, 30 de fevereiro de 2018

Kaline dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kalime dos Santos Silva,

RG nº 2517 B18, data de expedição 04/09/14 Órgão SMP / PB

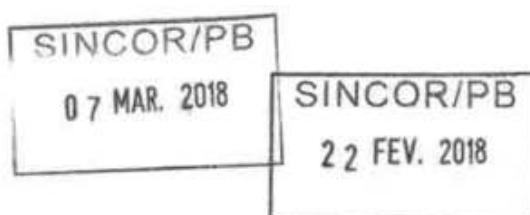
CPF nº 095368064-62, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santo Dumont</u>
Número	<u>N. 126 401.85 lot. 09</u>
Apto / Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Maria Andradeazza</u>
Cidade	<u>Paramaribo</u>
Estado	<u>Paráiba - PB</u>
CEP	<u>58309616</u>
Telefone de Contato	<u>98721 3160</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30.01.18

Assinatura do Declarante: Kalime dos Santos Silva



CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com Número 001146301

Documento não é amparado por direito autoral

Numero do documento: 001146301 | Data: 24/01/2018 | Código de barras: 697200540006



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 225, Km 25 - Cidade Realengo - João Pessoa - PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.095.183/0001-46 - Insc. Est. 16.815.923-0

DADOS DO CLIENTE

JOSÉFA DOS SANTOS SANTINO
RUA SANTOS DUMONT 126 QD 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



JOSEFA DOS SANTOS SANTINO

Roteiro: 15-008-520-2060

63680000000-9 69720054000-6 04207582018-5 01300008019-6



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 ORIGINA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:21:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314213058400000036587564>
Número do documento: 21011314213058400000036587564

Num. 38364761 - Pág. 9



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

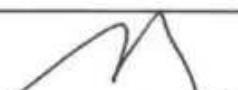
22 FEV. 2018

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de TCE e fratura de clavícula D

ALTA HOSPITALAR: 04/05/17

DATA DA EMISSÃO: 09/08/17


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

SINCOR/PB
22 FEV. 2018

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 cirúrgico 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

SINCOR/PB

07 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL





SINCOR/PB

07 MAR. 2018



10. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 10)

SINCOR/PE
22 FEV. 2018

CONFIRMO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:21:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314213058400000036587564>

Número do documento: 21011314213058400000036587564

Num. 38364761 - Pág. 12

