



Número: **0800603-27.2020.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36790 648	18/11/2020 12:08	<a href="#"><u>2764879_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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, 03 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200137682**      **Vítima: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 02/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15681324



Pag. 00071/00072 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:08:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812083315300000035116193>  
Número do documento: 20111812083315300000035116193

Num. 36790648 - Pág. 1



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, 16 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200137682**      **Vítima: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 02/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000001042-1**

**Conta: 0000012728-0**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  
018.095.854-22 NOBSON OLIVEIRAS DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> NOBSON OLIVEIRAS DOS SANTOS	6 - CPF: <input type="text"/> 018.095.854-22		
7 - Profissão: <input type="text"/> AGRICULTOR	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA PROJETADA	9 - Número: <input type="text"/> SIM	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> CENTRO	12 - Cidade: <input type="text"/> PAULISTA	13 - Estado: <input type="text"/> PERNAMBUCO	14 - CEP: <input type="text"/> 58.860-000
15 - E-mail: <input type="text"/>		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (83) 999746322	

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:  BNADESCO

AGÊNCIA:  1042

CONTA:  12728 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,  20.02.2020

Nobson Oliveira Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

INFORMAÇÕES

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:  AMINTA DANTAS WENDLEY JUNIOR

CPF:  061.978.664-50

Aminta Dantas Wendley junior

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:  MAYARA MONIQUE QUEIROZ DE WENDLEY

CPF:  059.842.774-09

Mayara Monique Queiroz Wendley

Assinatura da testemunha



EXUA O DOCUMENTO FISCAL DE Nº INDICADO NESTE  
COMPROVANTE. Nº: **TIPO:**

Data: 02/04/2020 Hora de Brasília: 08:34

\*\*\* Extrato de Conta Corrente \*\*\*

ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS 08:34HR  
AGENCIA 1042 CTA 0012728-0 02/ABR/2020

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL .....	21,60-
+= CONTA FACIL (C/C + POUP)	21,60-
<b>TOTAL DE RECURSOS .....</b>	<b>21,60</b>

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL (C/C + POUP)

ABRIL 2020

DIA HISTORICO	N.DOCIO	VALOR
02	SALDO ANTERIOR	0,00
	TARIFA BANCARIA 0110320	21,60-
	CESTA EXPRESSO 4 R	
	SALDO TOTAL	21,60

Av. Bradesco : 1042 - SÃO BENÍO  
Corresp. Banc.: 285 - POSTO SÃO JOSE  
NSU: 004433082373 Autenticacao: 336667

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

NSU Rede: 735961 Hora Rede: 08:34:04  
Terminal: 00009637



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª Superintendência Regional  
18ª Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB  
**Delegacia de São Bento**  
**Fone (83)3444-2804**  
**Disque denúncia 197**



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 177/2020

Natureza da ocorrência: **Acidente de trânsito**  
Data do fato: **02/12/2019** hora: **15hs e 30min**

Notificante: **Robson Oliveira dos Santos**, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Paulista-PB, nascido em 16/07/1990, documento: ID 003.260.423 SSP-RN, filho(a) de Geraldo Rodrigues dos Santos e de Maria Lucia de Oliveira Santos, endereço: Rua Projetada, sn, Corrego da Areia, Paulista-PB, referência: tel. (83) 9662-8018.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(“): Leonardo Araújo Nunes

Vítima: \*\*\*\*, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: \*\*, naturalidade: \*\*, idade: \*\* \*\*, nascido em \*\*/\*\*/\*\*\*\*, cor/raça: \*\*\*\*\*\*, Estado Civil: \*\*\*\*\*\*, Profissão: \*\*, Escolaridade: \*\*\*\*\*\*, documento: \*\*\*\*, filiação: \*\* e de \*\*, endereço: \*\*\*\*\* \*\*, referência: \*\*. Tel/Cel:(\*\*) \*\*\*\*;

### HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na rodovia PB 293, na altura do sítio André, Paulista-PB, conduzia a motocicleta Honda Titan 125, prata, chassi 9C2JC30201R031787, placa MOQ3713/PB, licenciado em nome de Geraldo Rodrigues dos Santos, no momento que ao cair em um buraco que existia na pista de rolamento, desequilibrou e caiu ao solo, tendo ficado lesionado fisicamente em decorrência deste acidente; Que foi atendido no Hospital Municipal Emerentina Dantas, em Paulista-PB. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 19 de fevereiro de 2020. Às 10:01 horas.

Robson Oliveira Santos

Notificante  Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo boletim  
Tiago de Sá Vieira de Melo  
Matrícula: 168.367-5





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	018.095.854-22	NORSON OLIVEIRAS DOS SANTOS	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	RODRIGO OLIVEIRA DOS SANTOS			6 - CPF:	018.095.854-22
7 - Profissão:	AGRICULTOR	8 - Endereço:	AV. PROJETADA	9 - Número:	SIM
11 - Bairro:	CENTRO	12 - Cidade:	PAULISTA	13 - Estado:	PARANÁ
15 - E-mail:				14 - CEP:	8860-000
			16 - Tel.(DDD): (42) 3297-14322		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> RECONOCE INFORMAR		<input type="checkbox"/> PAGAR A PRAZO		<input type="checkbox"/> PAGAR A PRAZO INDEFINIDAMENTE	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: <u>BRADESCO</u>		
AGÊNCIA:	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>	CONTA:	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA:	<input type="text" value="1042"/>	<input type="text" value=" "/>	CONTA:	<input type="text" value="12728"/>	<input type="text" value="0"/>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

**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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:****

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:		<input type="checkbox"/> Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDALEY JUNIOR  
CPF: 064.978.664-50  
Amintas Dantas Wандалей юниор  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: RAYARA MONIQUE QUEIROZ WANDALEY  
CPF: 059.842.779-09  
Rayara Monique Queiroz Wандалей.  
Assinatura da testemunha

ACO ALFABETIZADO

ESTE MUNHAS

40 - Local e Data, FunBAL - PB, 20.02.2020  
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Robson Oliveira Santos  
\_\_\_\_\_  
42 - Assinatura do Documento (caso houver) Paulo Henrique

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01042-1

CONTA: 000000012728-0

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO14042020050000000002370104200000012728168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:08:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812083315300000035116193>  
Número do documento: 20111812083315300000035116193

Num. 36790648 - Pág. 7





**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20200170682232 ESCRITÓRIO POMBAL

**SEGUNDA VIA**

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CPF/CNPJ: 032.***.***-XX	CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO 07068223.2	
			VENCIMENTO 23/01/2020	
INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-01/2020	FATURA 01/2020		
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL	
ULTIMOS CONSUMOS 12/2019 - 7 11/2019 - 8 10/2019 - 8 09/2019 - 11 08/2019 - 7 07/2019 - 6		LEITURA ANTERIOR 219 10/12/2019	CONSUMO (M <sup>3</sup> ) 30 NºHm: Y17F649254	CONSUMO/DIA 0,24
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR 1. 7 R 5307		

Descrição dos serviços e tarifas		Consumo por faixa	Valor R\$
ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA		T 63	67,65

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.781 de 2013, R\$ 10,18

**TOTAL R\$ 67,65**

\*\*AVISO\*\* A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO.  
 LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

**INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019**

**Anexo 20 Portaria 05/2017 MS**

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	P.H.			Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA  
07068223.2

INSCRIÇÃO  
112.004.115.0005.000

FATURA  
01/2020

NÃO RECEBER APÓS  
31/01/2021

VENCIMENTO

23/01/2020

VALOR R\$

67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEBITO AUTOMATICO





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JAQUES NAMOS WANDENCK

inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

NOBSON OLIVEIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.095.854-22,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima NOBSON OLIVEIRA DOS SANTOS,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.095.854-22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>NVA DEL-FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>	Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	<u>PETRÓPOLIS</u>	Cidade:	<u>POMBAL</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>JAQUES.ADR@GOL.COM.BR</u>		CEP:	<u>58.840-000</u>	

Local e Data: POMBAL-PB, 20.02.2020

Jaques Namos Wandenck

Assinatura do Declarante



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00

PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)  
NÚMERO DE QUOTAS

3

VALOR DA QUOTA  
6.617,37

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 25/04/2019 às 15:55:26  
2505058096

2505058096



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:08:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812083315300000035116193>  
 Número do documento: 20111812083315300000035116193

Num. 36790648 - Pág. 11







HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba  
**HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name: Robert Oliver

Idade:

-  
Co

En

60

Leito: 01 Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
14/12/19	① Nba 100mls		



	Hospital	<i>H RS</i>	
Nome do Paciente <i>Ruben Almeida dos Santes</i>		Nº Prontuário <i>135 456</i>	
Data Operação <i>13/12/10</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Daniel Braga</i>	1.º Auxiliar <i>Raphael</i>		Instrumentador
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		
Anestesista <i>Tiago Godolha</i>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fractura avascular proximal (0)</i>			
Tipo de Operação <i>REFD</i>			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

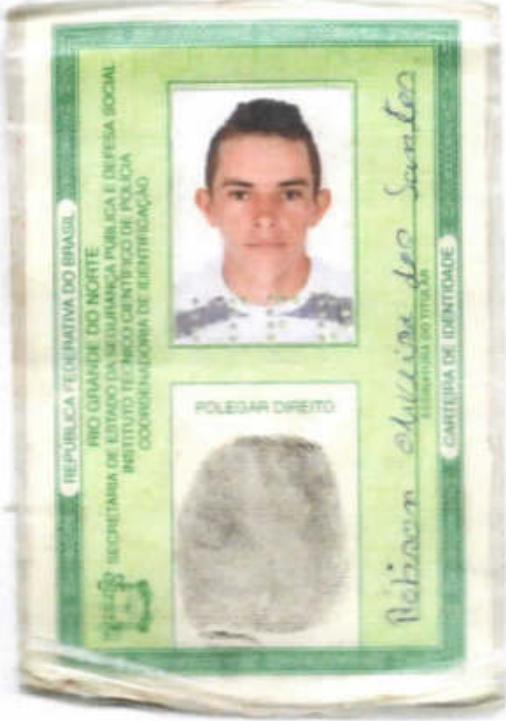
### DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecio Visceras

- Ponto de PPH
- Anseia e anti-séptico
- Aposição de lâminas estériles
- Redutor interno + fixação proximal com 3 FK 0,5mm multifilares sob retroscopia
- Limpeza
- Curativo

*Jr. Daniel B. Cavalcante*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 9248







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:08:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812083315300000035116193>  
Número do documento: 20111812083315300000035116193

Num. 36790648 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:08:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812083315300000035116193>  
Número do documento: 20111812083315300000035116193

Num. 36790648 - Pág. 18



CAGEPA

**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENB: ESTADUAL N° 160572028  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
 DÉBITO AUTOMÁTICO  
 07182566.5

VENCIMENTO  
 22/01/2020

Nº Documento: 20200171825665	ESCRITÓRIO	POMBAL	CPF/CNPJ:	064.XXX.XXX-XX
<b>MATRÍCULA</b> 07182566.5	<b>CLIENTE</b> AMINTAS DANTAS W JUNIOR			
INSCRIÇÃO 112.002.155.0307.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020			<b>FATURA</b> 01/2020
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA	ESGOTO
			LIGADO	POTENCIAL
<b>ÚLTIMOS CONSUMOS</b>		LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
12/2019 - 2	11/2019 - 2	ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> ) DIAS (M <sup>3</sup> )
10/2019 - 2	09/2019 - 1	67	70	3 30 0,10
08/2019 - 2	07/2019 - 3	09/12/2019	08/01/2020	NºHm: Y15N469919
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR		
1	3	R 5302		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA		3 M3	37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,71

**TOTAL R\$** 37,91

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO.  
 LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N° 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

**INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019**

**Anexo 20 Portaria 05/2017 MS**

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020

MATRÍCULA  
07182566.5INSCRIÇÃO  
112.002.155.0307.000FATURA  
01/2020NÃO RECEBER APÓS  
31/01/2021

VENCIMENTO

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2020

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY  
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS  
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
10830113264	17/06/2008	EXT LACRADO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m³)   NÚM DE DIAS   PROXIMA LEITURA						
2505	2518	13	30		08/02/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
DEZ/2019	14	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2019	13	TURBIDEZ	0	0	0	
OUT/2019	16	CLORO	0	0	0	
SET/2019	11	CUL.TERMOT	0	0	0	
AGO/2019	10	COR	0	0	0	
JUL/2019	15	COL.TOTAIS	0	0	0	
MÉDIA(m³)	13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 m³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE  
11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³

CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 m³ 37,91

3 m³ 14,67

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS LEI 12.741/17

VENCIMENTO: 23/01/2020 Total a Pagar:

R\$ 52,58



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 1º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSais DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DÉBITO AUTOMÁTICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:08:33  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812083315300000035116193  
Número do documento: 20111812083315300000035116193

Num. 36790648 - Pág. 21

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107538/20

**Vítima:** ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

**CPF:** 018.095.854-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/12/2019

**Titular do CPF:** ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS : 018.095.854-22

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/04/2020  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020  
Nome: JANE APARECIDA COSTA  
CPF: 619.395.799-53

JAQUES RAMOS WANDERLEY

JANE APARECIDA COSTA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:08:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812083315300000035116193>  
Número do documento: 20111812083315300000035116193

Num. 36790648 - Pág. 22

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200137682      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 02/12/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) 4 ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

