



Número: **0849544-43.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36834039	19/11/2020 09:04	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
36834042	19/11/2020 09:04	<a href="#">2766127_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
36834205	19/11/2020 09:04	<a href="#">2766127_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SI

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01234-3

CONTA: 000010061658-5

---

---

Nr. da Autenticação 4638B2092A3564EB



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200161290 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 11/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 16/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 5/6\_CIRURGI

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125584/20

Número do Sinistro: 3200161290

Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAI

CPF: 012.408.664-02

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 11/02/2020

Titular do CPF: DORNELLES KAROL  
WANDENBERGH

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### 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: 14/09/2020  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2020  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125584/20

**Vítima:** WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

**CPF:** 012.408.664-02

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 11/02/2020

**Titular do CPF:** DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

#### WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA : 012.408.664-02

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: 29/04/2020  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



---

**Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200161290**

**Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

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

**Senhor(a), WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA**

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, contatos 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 15742317

Pag. 01605/01606 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010803



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200161290 Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 11/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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. 01005/01006 - carta\_03 - INVALIDEZ

00030503



Carta nº 15743634





Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200161290

Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 11/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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





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, 27 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200161290**

**Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000001234-3**

Conta: **000010061658-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 032.408.664-02 4 - Nome completo da vítima: Wandemberg Dornelles K. A. da Silva

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Wandemberg Dornelles K. A. da Silva 6 - CPF: 032.408.664-02  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Equador 9 - Número: 37 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Das Indústrias 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 83 98663-4900

## 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:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 29/04/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

.001 V002/2019



Warrdeemburg Donnelley Karel Araújo

DE ARAUJO, portador(a) do(a) Cartão de Identidade nº 27.144.26.21  
pelo(a) SADS PB, estudante, endereço residencial: RUA CEL. M  
CASA, CENTRO, ITABAIANA - PB, CEP 58.360-000, telefonete  
em união estável.

nta

variação 51

4-3, Conta-Corrente n.º 61.658-3, Poupança Ouro n.º 510.0  
60.061.658-8, conta individual, aberta em 05.03.2020.

SERVIÇOS: O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m) te  
por:

o pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco d  
Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo  
e Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta  
ente.

o Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pa  
ntrato de abertura de conta-corrente.





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 032.408.664-02 4 - Nome completo da vítima: Wanderberg Dornelles K. A. da Silva

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Wanderberg Dornelles K. A. da Silva 6 - CPF: 032.408.664-02  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Equador 9 - Número: 37 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Das Indústrias 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (83) 98663-4900

## 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:

R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$1.001,00 A R\$2.500,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1234 3 CONTA: 63.658 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 29/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Wanderberg Dornelles K. A. da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

.001 V002/2019





*Poupança*







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01977.01.2020.1.00.402**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01977.01.2020.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 27 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Wandenberg Dornelles Karol Araujo**, CPF nº 012.408.664-02, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Atendente de Restaurante, filho(a) de Severina Bezerra de Araujo e Valmir Pereira da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 10/12/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Equador, Nº 121, complemento Casa, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 99946-5876.

**Dados do(s) Fatos:**

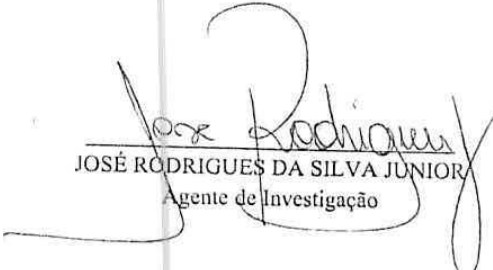
Local: Principal do Segunda Etapa, Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/02/20 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 11/02/2020, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA POP DE COR BRANCA, ANO 2019, PLACA QSE-6545/PB, CHASSI 9C2JB0100KR203266, REGISTRADA EM NOME DE SEVERINA BEZERRA DE ARAUJO, NA AVENIDA PRINCIPAL DO CIDADE VERDE SEGUNDA ETAPA, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NA MESMA RUA DESTA NOTIFICANTE, TENTOU EFETUAR UMA MANOBRA DE RETORNO NAQUELA RUA, VINDO A COLIDIR NO VEICULO DESTA NOTIFICANTE, EVADINDO-SE DO LOCAL EM SEGUIDA, SEM PRESTAR SOCORRO A ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DIAFISARIA DE RADIO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EDUARDO PAZ LYRA.

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, 27 de fevereiro de 2020.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO  
Noticiante

Procedimento Policial: 01977.01.2020.1.00.402





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 032.408.664-02 4 - Nome completo da vítima: Wandemberg Dornelles K. A. da Silva

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Wandemberg Dornelles K. A. da Silva 6 - CPF: 032.408.664-02  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Equador 9 - Número: 37 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Das Indústrias 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 83 498663-4900

## 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:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 29/04/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

.001 V002/2019









LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

SOMENTE WANDERBERG H DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

RAÇA/ETNIA	SEXO/M	COR	CLÍNICA	ENT	LEITO
			Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO 14/02/2020	DATA DE ALTA 19/02/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura diafisária de rádio Esquerdo				CO
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	O mesmo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
TERAPIA FARMACOLÓGICA					
AMBIÊNCIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO				
RESULTADO BACTERIOLÓGICA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )	ÓBITO ( )				

RESUMO CLÍNICO *(semelhante ao do momento da admissão)*  
 Paciente portador (a) de fratura de rádio esquerdo foi submetido(a) o tratamento com redução oruento fixação interna com placas e parafusos. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornara ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme foi realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.  
 Retorne às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
 Retorne às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local de ferida por, calor, vento, frio ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA, PROFENID, DIFERONA

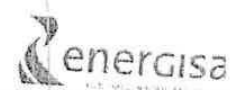
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.  
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. THALES FARIAS

EQUIPAMENTOS  
 Mônica  
 CRP 11407



# PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal  
Documento não é resgatado via de conta  
Nº 039.469.698



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-40  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.016.823

**DADOS DO CLIENTE**  
MARCOS JOSE DA SILVA PONTES  
RUA EQUADOR S/N CASA A  
JOAO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**  
5/1591835-2

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2020	21/02/2020	133	03/03/2020	R\$ 80,18

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 08675.434172 8 81830000008018				
Pagador: MARCOS JOSE DA SILVA PONTES CNPJ/CPF: 045.882.884-07				
RUA EQUADOR S/N CASA A - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008675434	001591835202002	03/03/2020	R\$ 80,18	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25. S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



# BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Relatório para análise pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 037.641.380

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOAO PESSOA			5/1698281-1	
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Wandemberg Dornelles K.A. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.408.664/02,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Wandemberg Dornelles K.A. da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.408.664/02 conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento:
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 29/04/2020

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

LDRL.001 V001/2017







LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

SOME: WANDENBERG H DORNELLES KAROL CARVALHO DA SILVA

RAÇA/ETNIA	SEXO/M	COR	CLINICA	EMP	LEITO
			Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
14/02/2020	19/02/2020				
DIAGNOSTICO INICIAL					CO
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	Fratura diafisaria de radio Esquerda				
OUTROS DIAGNOSTICOS	O-mesmo				
PRINCIPAIS EXAMES					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
AMBIÊNCIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO				
RESULTADO BACTERIOLÓGICA					
CONDIÇÕES DE ALTA	(X) MELHORADO	( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
ÓBITO					

RESUMO CLINICO: *paciente portador (a) de fratura de radio esquerdo foi submetido(a) o tratamento com redução oruento fixação interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornara ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:  *Livre ou conforme for realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO:  *Relativo em casa por 15 dias.  
 Retorne às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
 Retorne às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.*

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:  *lavar com água sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se tiver febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.*

MEDICAÇÕES PARA CASA:  *CEFALIXINA, PROFENID, DIFERONA*

RETORNO:  *Ao posto de saúde em 21 dias.  
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. THALES FARIAS*

EQUIPAMENTOS  
 Mônica  
 CRP 11407



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RU.: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 301456 Atd: Nao Regulada  
Data: 11/02/2020  
Hora: 16:44:40  
Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEI  
Clinica: ~~Clínica~~ Cirurgião

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2  
Nome: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SI Num. Prontuario: 2020.02.001096  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 012.408.664-02  
CNS: 704802033139549 Sexo: M IDENTIDADE: 2714426 Fone: 993095368  
Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 10/12/1982 Id: 37 ano(s)  
End.: RUA EQUADOR, 121  
Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: SEVERINA BEZERRA DE ARAUJO Pai: VALMIR PEREIRA DA SILVA  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: UNIAO ESTAVEL  
Ocupação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO  
Resp.: ESPOSA  
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU  
Vitima de acidente por: NAO  
Vitima de violência por: NAO  
 Caso Policial

PRÉ-CONSULTA CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
Tipo de Classificação de Risco:  
PA: FR:  Aparentemente Bem  Grave  
FC: TP:  Politraumatizado  Convulsao  
Peso: Altura:  Hemorragia  Dispneia  
Glicemia: IMC:  Diarreia  Agitado  
Circ. Abd: O2%:  Regular  Chocado  
 Vômito  
Queixa Principal Observacao

*Principais sintomas de queda de modo que*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)  
*coluna lombar e trauma abdominal*

Diagnostico *no trauma toraco e pulm* Conduta

Prescricao *Nao teve dor de mui e de* Horario da medicacao  
*lombar e ou vomito.*



1) Diálise peritoneal (liberada) 18:00  
 2) Bepi graf e Anest. Otopreol

Dr. Eduardo Jorge Dore Soares  
 Cirurgia Geral  
 CRM 6181

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

( ) Residência      ( ) Transferido      ( ) Desistência      ( ) U.T.I  
 ( ) Alta a Pedido      ( ) Enfermaria      Óbito: ( ) Atestado      ( ) S.V.O      ( ) I.M.L

*Suelio Moreira Torres*  
 Assinatura do Paciente / Responsável

\_\_\_\_\_  
 Assinatura e Carimbo do Médico







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 11 de 120

Nome: \_\_\_\_\_  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_

ADA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:**  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_  Prurido  Sudorese  
 Calafrios  Alopecia  Adenomegalias  Icterícia  Tonturas  Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:**  Cefaléia  Espirros  Rinorréia  Obstrução Nasal  Epistaxe  
 Dor de Garganta  Bócio  Rouquidão  Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:**  Dor \_\_\_\_\_  Tosse  Expectoração  Hemoptise  
 Dispneia  Palpitações  Desmaio  Cianose  Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:**  Dor \_\_\_\_\_  Pirose  Solução  Regurgitação  Hematêmese  Náuseas  
 Vômitos  Dispepsia  Diarréia  Melena  Enterorragia  Constipação  Aumento de volume

**AGU:**  Disúria  Incontinência  Retenção  Poliúria  Oligúria  Noctúria  Hematúria  
 Mal Cheiro  Corrimento  Outras: \_\_\_\_\_

**SME:**  Dor \_\_\_\_\_  Rigidez pós-reposo  Deformidades  
 Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos

**SN e PSO:**  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade  
 Amnésia  Libido  Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEC \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg    Altura: \_\_\_\_\_ m    IMC = \_\_\_\_\_    PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_    FR = \_\_\_\_\_    TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Infecção pulmonar*

Conduta: *Internar para  
investigação*

**TORRES**  
SUELIO MOREIRA TORRES  
CRIMPA 12163





Nome: <b>WANDENBERG DORNELLES K ARAUJO DA SILVA</b>				Registro:	
Idade: 37 A	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 17/02/2020			Cirurgião: DR THALES FARIAS		
° Assistente: <i>DR KLENIO R1</i>			2° Assistente:		
Anestesiista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura diafisária do rádio esquerdo</i>					<i>S52.3</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Osteossíntese do Antebraço</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia  
realizado garroteamento de membro superior  
asepsia + Antissepsia  
posição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de antebraço dorsolateral de Thompson  
Dissecção por planos até foco de fratura

Encontrados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio

Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio  
Redução de fragmentos ósseos do rádio  
Aposição de 01 Placa DCP 3.5mm + parafusos corticais sob uso do intensificador de imagem  
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele  
Curativo  
Retirada de garrote de membro superior  
Observada boa perfusão periférica  
Tala axilopalmar gessada

OBS:

DEIXAR PACIENTE EM INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR POR 48h  
TOMAR DO ANTIBIÓTICO

Data: 17/02/2020

Dr. Klênio F. da Nóbrega  
CRM 11.094 PB  
Ortopedia e Traumatologia  
MÉDICO/CRM

Rua Ar. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.714.426 -2 VIA DATA DE EXPIRACAO 19/05/2014

NOME WANDENBERGH DORNELLES RAFAEL ARAUJO DA SILVA

FILIA VALMIR PEREIRA DA SILVA SEVERINA BEZERRA DE ARAUJO

NATURALIDADE ITABAIANA - PE DATA DE NASCIMENTO 10/12/1982

DOC. ORIGEM NASC. N. 9054 FLS. 84 LIV. 10A CARTORIO ITABAIANA - PE

012.408.664-02

LEI Nº 7.166 DE 29/04/86





CARTEIRA DE IDENTIDADE

*Suelio Moreira Torres*



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
ESTADO DA PARAÍBA  
V-02  
P-063

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
 JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CATEGORIA / UF  
 1054562 SSP PB

CPF  
 455.536.024-91

DATA NASCIMENTO  
 02/04/1967

FORMACAO  
 JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSAO  
 02  03  04

REC.  01  02

CATEG.  01  02

Nº REGISTRO  
 00724153182

VALIDADEZ  
 10/11/2019

1ª HABILITACAO  
 06/04/1969

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS  
 1009001575

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO  
 11/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR  
 60378988469  
 PB029545609

PROIBIDA PLASTIFICACAO  
 1009001575



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200161290 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 11/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 16/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 5/6\_CIRURGI

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>





PROCURAÇÃO

Outorgante: Wandembugh Donnelles Karol Araujo da Silva brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão ATENDENTE, residente e domiciliado à Rua R. EDUARDO R. nº 121, bairro DAS INDUSTRIAS, Município de JACO PESSOA, Estado de(o) PB, Cep: 58.000.000 portador(a) do Rg nº 2.714.926, SSP/PB e CPF nº 012.408.664-02

Outorgado: Jose Eduardo da Silva brasileiro(a), estado civil casado, profissão procurador, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de JACO PESSOA, Estado de (o) PB, Cep: 58056-38 portador (a) do RG nº 1054502 SSP/ PB e CPF nº 455.536.029-97

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Wandembugh Donnelles K. Araujo ocorrido em 11/02/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa - PB 27 de Fevereiro de 2020

Wandembugh D.K.A. da Silva  
Outorgante  
CPF Nº 012.408.664-02

Decarlinto  
10º Ofício

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Decarlinto  
Rua Fernando Luiz Henriques, 100 - J. Pessoa - PB  
CEP 58.037-050 | J. Pessoa - PB  
Fone: (83) 3218-8800 | decarlinto.com.br | decarlinto@decarlinto.com.br

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-018650  
reconheço por autenticidade a firma de:  
ANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
ou fe. em testemunho da verdade. João Pessoa - PB. 27/02/2020 16:28:07  
MOL: R\$10,20 FEPU: R\$2,04 FRAPEN: R\$0,30 ISS: R\$0,51  
ELO DIGITAL: AJV05797-0YEM  
confira a autenticidade em <http://aeodigital.tjpb.jus.br>

HELEO PRIVA DE MAGALHAES JUNIOR - ESCRIVENTE

DECARLINTO OFÍCIO DE NOTAS  
J. Pessoa-PB  
(83)3218-8800



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125584/20

Número do Sinistro: 3200161290

Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

CPF: 012.408.664-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2020

Titular do CPF: DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA : 012.408.664-02

Autorização de pagamento

### 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: 17/08/2020

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

