



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
36834 039	19/11/2020 09:04	<u>Contestação</u>	Contestação
36834 042	19/11/2020 09:04	<u>2766127_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
36834 205	19/11/2020 09:04	<u>2766127_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045372700000035156274>
Número do documento: 20111909045372700000035156274

Num. 36834039 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045454000000035156526>
Número do documento: 20111909045454000000035156526

Num. 36834042 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200161290 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL **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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 1

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2020

Titular do CPF: DORNELLES KAROL

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 2

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125584/20

Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAI

CPF: 012.408.664-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2020

Titular do CPF: DORNELLES KAROL

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 3

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, 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 15742317

Pag. 01605/01606 - carta_01 - INVALIDEZ



00010803





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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:

Documentação médica-hospitalar	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.
Autorização de pagamento	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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 5

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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:

Documentação médica-hospitalar	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. 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, 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.

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: 4 - Nome completo da vítima:
032.408.664-02 Wandenberg 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: 6 - CPF: 032.408.664-02
Wandenberg Dornelles K. A. da Silva
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Eguaden
9 - Número: 5n 10 - Complemento:
Das Industriais 11 - Bairro: João Pessoa 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: (83) 9863-4900
16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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 (PAÍS, 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: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não teve filhos? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Informações
Pessoais
Residenciais
Familiares
Lazer e Entretenimento

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: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 29/04/2020 Wandenberg Dornelles K. A. da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Wamolembig Donelleys Karel Araújo
JE ARAUJO, portador(a) do(a) cidadão(a) residente na modalidade II, n.º 2114226-21
pelo(a) SSDS PB , estudante, endereço residencial RUA CEL. M.
CASA, CENTRO, ITABAIANA - PB , CEP 58.360-000 , telefone(s)
em união estável .

Variagão 51

nta

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) ter
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
contrato de abertura de conta-corrente.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha as(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: <i>Wandenburg Fernandes K. A. da Silva</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: <i>Wandenburg Fernandes K. A. da Silva</i>	6 - CPF: <i>032.408.664-02</i>			
7 - Profissão: <i>Recuso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Eguader</i>	9 - Número: <i>37</i>	10 - Complemento: <i>Das Industrias José Pessca</i>	11 - Bairro: <i>José Pessca</i>
12 - Cidade: <i>PB</i>	13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58000-000</i>	15 - Tel. (DDD): <i>(83) 915663-4900</i>	
16 - E-mail: <i></i>				
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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input 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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" 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"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: <input type="text" value="1234"/> CONTA: <input type="text" value="63-658"/> B <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	
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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver/mais)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/evós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha
						41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Prepança



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 11



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: A(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 **Wandenbergh 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:

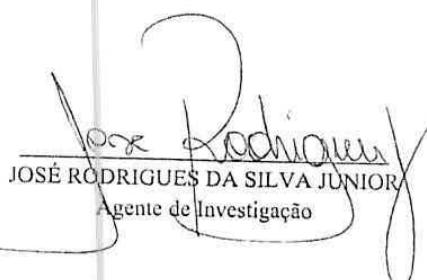
Local: Principal do Segunda Etapa, Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/02/20 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

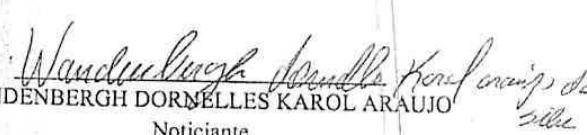
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 DESTE NOTIFICANTE, TENTOU EFETUAR UMA MANOBRA DE RETORNO NAQUELA RUA, VINDO A COLIDIR NO VEICULO DESTE 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 RÁDIO 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.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


WANDEMBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO
Noticiante

Procedimento Policial: 01977.01.2020.1.00.402

1/1





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: 4 - Nome completo da vítima:
032.408.664-02 Wandenberg 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: Wandenberg Dornelles K. A. da Silva 6 - CPF: 032.408.664-02
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Eguaden
9 - Número: 5n 10 - Complemento:
11 - Bairro: Das Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: (83) 9863-4900
16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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 (PAÍS, 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) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Informações
Pessoais
Assinatura
Data de
Assinatura

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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura do Representante Legal (se houver)

.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 14



CAUDÓ MEDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: H. ANDRE PEREIRA CORTELLI T. KAROL ARAUJO DE SOUZA					
RAZO DE ALTA	DATA DE ALTA	DATA DE MTA	DATA DE FERMANHIA	TIPO	LEITO
15/11/2020	19/11/2020				
DIAGNOSTICO INICIAL	Fratura diafisaria de rádio Tríquetrio				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	Omeia				
OUTROS DIAGNOSTICOS					
PERÍODO DE FERMA					
TIPO DE UTI E DOCUMENTOS					
ABERTURA DA PATOLOGIA					
INFECÇÃO DE F.O. <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO PATOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA					
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
OBITO					
RESUMO CLÍNICO: Sessão cirúrgica realizada com sucesso. Paciente portador de fratura diafisaria de rádio que foi submetida(a) a tratamento com redução cruento, fixação interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação anti-biótica e analgésica. Retornara ao ambulatório deste serviço para continuidade do tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Tirei ou: informe já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relaxe em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Envie comungar e rebote duas vezes ao dia. Não aplicar produtos químicos no lugar de ferida, como: vermiculito ou "bachaço" no local, ou se correr sobre produtos instantâneos como: Limpador Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA, PROFENOL, DIFERON					
RETORNO: Ao pronto da saída em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão Dr. THALES FARIA					

Equipe: Dr. Thales Faria
Médico
Data: 19/11/2020



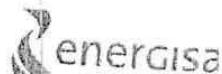
NOTA DE PAGAMENTO

Documento sem valor legal

Documento não é réplica ou cópia

Este documento não é réplica ou cópia

Nº 039.469.698



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-01
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc Est. 16.016.523

DADOS DO CLIENTE

MARCOS JOSE DA SILVA PONTES
RUA EQUADOR S/N CASA A
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1591835-2

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

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL 00190.00009 03150.244006 08675.434172 8 8163000008018				
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	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008675434	001591835202002	03/03/2020	R\$ 80,18	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>

Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 16

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundário da conta.

Boleto para efetuar pagamento da conta fiscalizada de energia elétrica. Nº 037.641.380



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

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesse: 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	09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>

Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 17



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Wandenbergh Demelles K. A. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.408.664.02,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Wandenbergh Demelles 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 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 9 8663 4900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 29/04/2020

Assinatura do Declarante





CAUDÓ MEDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: H. ANDRE PEREIRA CORTELLI T. KAROL ARAUJO DE SOUZA					
RAZO DE ALTA	DATA DE ALTA	DATA DE ALTA	DATA DE ALTA	DATA DE ALTA	DATA DE ALTA
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	DATA DE ALTA	DATA DE ALTA	DATA DE ALTA	DATA DE ALTA
13/02/2020	19/02/2020	19/02/2020	19/02/2020	19/02/2020	19/02/2020
DIAGNOSTICO INICIAL	Fratura diafisaria de rádio Tríquetral				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	Omeia				
OUTROS DIAGNOSTICOS					
PERÍODO DE FIM DE ALTA					
TIPO DE UTI E DOCUMENTOS					
ABONO DE ATAS PATOLOGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA					
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> TURADO <input type="checkbox"/>)					
OBITO					

RESUMO CLÍNICO: Segundo paciente com fratura diafisaria de rádio, que foi submetido(a) a tratamento com redução cruento, fixação interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação anti-biótica e analgésica. Retornara ao ambulatório deste serviço para continuidade do tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Tirem ou informe já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relaxe em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Manter comungo e seco duas vezes ao dia. Não aplicar produtos químicos no lugar de ferida, como: vermiculito ou "bachaço" no local, ou se o correr sobre produtos ressecante como: lençol ou toalha.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA, PROFENOL, DIFERON.

RETORNO: Ao pronto da saída em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão: Dr. THALES FARIA

Equipe: Dr. Thales Faria
Assistente: Enfermeira
Data: 19/02/2020



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

Ficha Nr: 301456 Atd: Nao Regul.
Data: 11/02/2020
Hora: 16:44:40
Repcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEI
Clinica: ~~00000~~ Cirurgiao

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

Ocupação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA

Tel/fone. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Presenca: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRM-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
[] Vomito			

Queso Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

1000 mg de milde e puro

comum e ou forte.



1) Differenze stilistiche (ebraico) 18/10/19
2) Biografia 18/10/19
Aler Mordor

Dr Eduardo Jorge Dore Soares
Cirurgia Geral
CRM 8181

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

Janerre Alves Dias de Oliveira
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Caimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 11/02/20

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

QPD: _____

IDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudoese []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 []Soluço []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 PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor





Nome: WANDENBERG DORNELLES K ARAUJO DA SILVA				Registro:	
Idade: 37 A	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 17/02/2020		Cirurgião: DR THALES FARIAS			
° Assistente: DR KLENIOR Ribeiro		2° Assistente:			
Anestesista:		Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura diafisária do rádio esquerdo</i>					
S52.3					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
CID					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Osteossíntese do Antebraço</i>					
CÓDIGO					
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					



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

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

Cisão:

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

achados:

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 INTENSIFICADOR
HOSPITALIZAR PAC. APENAS
TOMAR DO ORTÓBIOJO CO

Data: 17/02/2020

Dr. Kílenio F. da Nobreza
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 25

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
ATÉ 05/05/2014

WANDENBERGH DORNELES PEROL ANDUJO
DA SILVA

ELIAS VALMIR PEREIRA DA SILVA
SEVERINA BEZERRA DE ARRUDA

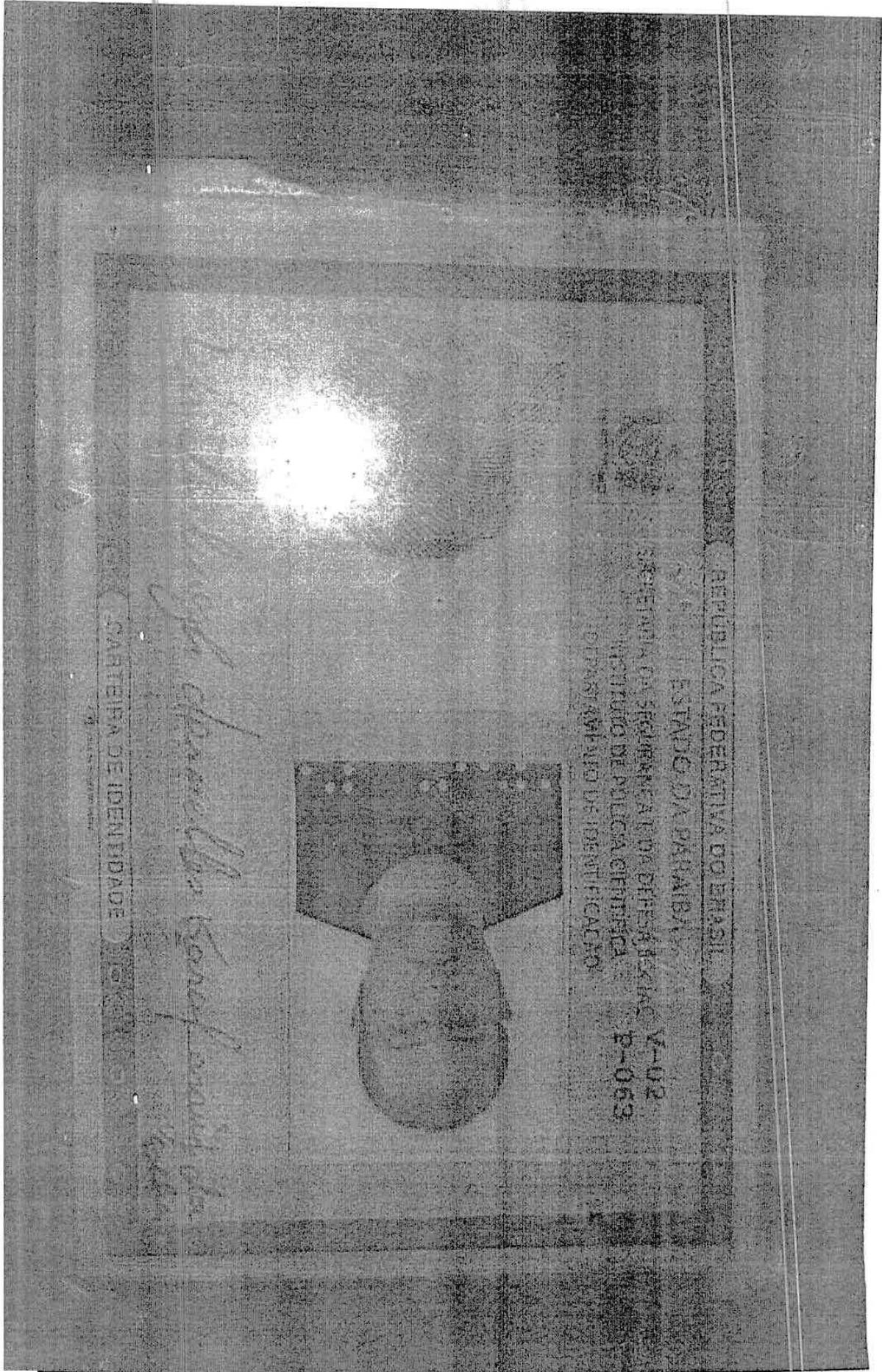
NATURALIDADE: SANTA CATARINA - CID: 101121982
DATA NASCIMENTO: 10/12/1982

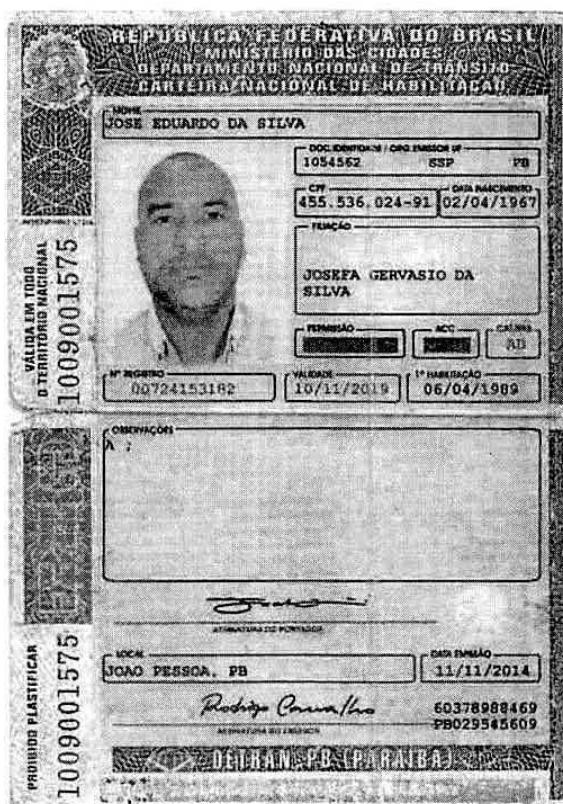
DOC. GRIGEN
NASC. N. 9054 T.L.S. 84 LIV. 10A
CORTORIO TABANIANA-FB

G12.408.664-02

卷之三







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200161290 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDENBERGH DORNELLES KAROL **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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: *Wanderluzia dornelles Karol Araujo Silva*, brasileiro(a), estado civil *SOLTEIRO*, profissão *ATENDENTE*, residente e domiciliado à Rua *R. EQUADOR*, nº *121*, bairro *INDUSTRIAS*, Município de *Jaboatão dos Guararapes*, Estado de(o) *PB*, Cep.: *58.000.000*, portador(a) do RG nº *2.714.926*, SSP/ P.B e CPF nº *012.408.664-02*

Outorgado: *João Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *CASADO*, profissão *PROFISSIONAL*, residente e domiciliado(a) à Rua *Almirante Fidalgo Correia Duarte*, nº *157*, bairro *Mamanguape*, Município de *Jaboatão dos Guararapes*, Estado de (o) *PB*, Cep.: *58056-381*, portador (a) do RG nº *1054562*, SSP/ *PB* e CPF nº *155.536.024-91*

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) *Wanderluzia Dornelles Karol Araujo*, ocorrido em *21/02/2020*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo: Processo de natureza *Invalidez*.

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

 Decarlito
10º Ofício

Wanderluzia Dornelles Karol Araujo
Outorgante
CPF Nº *012.408.664-02*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

 Decarlito
Serviço Notarial - 10º Ofício de Notas

Rua Fernando Luiz Henrique, 1000
CEP 58.031-050 João Pessoa
Phone: (83) 3218-8800

decarlito.com.br
info@decarlito.com

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-016650

reconhece por autenticidade a firma da

ANDENBERGH DORNELLES KAROL ARAUJO DA SILVA*****

do fe. em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 27/02/2020 16:26:07

MOT: R\$10,22 FEPJI: R\$2,04 FARPEN: R\$0,30 ISS: R\$0,51

ELO DIGITAL: AJV05797-0YEM

confira a autenticidade na <https://autodigital.tjpb.jus.br>

HELIO PRIVA DE MAGALHAES JUNIOR - ESCRVENTE



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2020

Titular do CPF: DORNELLES KAROL

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:04:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909045519500000035156539>
Número do documento: 20111909045519500000035156539

Num. 36834205 - Pág. 31