

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **WANDERSON ARAUJO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180543956**

Vítima: **WANDERSON ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: **27/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543956**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13611596



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180543956
Vítima: WANDERSON ARAUJO DA SILVA
Data do Acidente: 27/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180543956**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **27/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 10245239421 Nome completo da vítima: Wanderson Araujo da Silva

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

Nome completo: Wanderson Araujo da Silva CPF: 10245239421
Profissão: Caseiro Endereço: Rua J.ª Francisca da Cunha, SN Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 53059332
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3487 CONTA: 040726 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 19/11/18
Nome: Wanderson Araujo da Silva
CPF: 10245239421

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Wanderson Araujo da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02054.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02054.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:36 horas do dia 26 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Wanderson Araújo da Silva**, CPF nº 102.452.394-21, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Caseiro, filho(a) de Renata Maria Araujo da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 31/12/1997 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Francisca da Cunha, Nº S/N, complemento MANGABEIRA VIII - PROJETO MARIZ, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mercadinho Central, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98901-6201.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua:diógenes Gomes da Silva, Mangabeira Viii, Igreja Católica, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/06/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

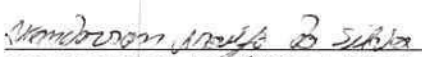
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE diz o notificante trafegava em uma bicicleta, quando foi vítima de uma colisão entre um veículo;QUE segundo o notificante estava indo para o trabalho;QUE o notificante não sabe identificar a marca e modelo do veículo pois devido a colisão ficou bastante machucado;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1175/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 15.01.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 26 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


WANDERSON ARAÚJO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 02054.01.2018.1.00.420



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 10245239421 Nome completo da vítima: Wanderson Araujo da Silva

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

Nome completo: Wanderson Araujo da Silva CPF: 10245239421
Profissão: Caseiro Endereço: Rua J.ª Francisca da Cunha, SN Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58059332
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3487 CONTA: 040726 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 19/11/18
Nome: Wanderson Araujo da Silva
CPF: 10245239421

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Wanderson Araujo da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Ficha Nr: 140072 Atd: Nao Regu
Data: 27/06/2018
Hora: 10:00:16
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.003605

CNS: 703405254979300 Sexo: M IDENTIDADE: 3880161 Fone: 989016201

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1997 Id: 20 ano(s)

End.: RUA PROJETADA SN, 00

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: RENATA MARIA ARAUJO DA SILVA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: LAVADOR DE COUROS

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 989016201 / IDENTIDADE: 3880161

Procedencia: TRABALHO

Transporte utilizado: A PE

Vitima de acidente por: QUEDA DE BICICLETA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[X] Regular

[] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E BICICLETA
APRESENTADOR EM MSD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pit com em punho @, opus 7m

Fx da base do 9e QDD

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

1. Dipirona 1mg eu 40
2. Tilatil 40mg eu 8V

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

030106006
030309022

0000001 * 86792000001 & 10701890003 9

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
 PLACADENTE JOSE COSTA DUARTE, 1971 SALA 08 - MANGABERA
 JOAO PESSOA - PE CEP: 53055-410 11

Emissão: 22/10/2018 Referência: CM/2018
 Classe/Serviço: COMERCIAL/COMERCIAL MONOFASICO
 Rotômetro: 12-5-292-450 Nº medidor: 00003667626



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 BR 230 Km 16 - Canto Paredão, Jd. Paredão/PE, CEP 56071-680
 CNPJ 06.905.100/0001-43 Ins. Est. 15.015.003-0

Nota Fiscal/Contrato Energisa Distribuidora 17014 390 247
 Cont. para Dth Automático: 0001132157

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010.842.224-45

UC (Unidade Consumidora): **5/1698358-7**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/08/18	2940	22/10/18	3074	
Demonstrativo				
CDI Descrição	Quantidade Tarifada	Valor Base (tarif)	Alug. (tarif)	Base (tarif) + Alug. (tarif)
Tributos: Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS				
0001 Consumo em kWh	224.000 0.802620	176.79	176.79 25	44.34 176.79 1.21 5.56
0001 Adc. B Vermelha		15.72	15.72 25	3.93 15.72 0.10 0.49
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB SERVILUM PUBLICA		11.73	0.00 0	0.00 11.73 0.00 0.10

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
108	H22/10/2018	R\$ 207,23

0 1 8 1 23 1 44 1 20 1 4 1 130 1 297 1 223 1 187 1 210 1 192
 Ocorrência: 10/11/2018 Ocorrência: 10/11/2018 Ocorrência: 10/11/2018 Ocorrência: 10/11/2018 Ocorrência: 10/11/2018
 RESERVADO AO FISCO

acbf7.d360.4152.6dfc.e508.1855.4f76.7143

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OTIMIZACAO	0.00	NOMINAL
OTIMIZACAO	0.00	CONTRATADA
OTIMIZACAO	0.00	LIMITE INFERIOR
OTIMIZACAO	0.00	LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia	45.44	21.92
Transmissão de Energia	15.43	7.44
Distribuição de Energia	10.46	5.05
Serviço de Iluminação Pública	11.73	5.66
Serviço de Manutenção	11.73	5.66
Serviço de Limpeza	11.73	5.66
Total	107.27	100.00

ATENÇÃO Faturas em atraso

Requisito Tensão-Vigência 28/08/18 Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15.41% Média
 Requisito Tensão-Vigência 28/08/18 Res. ANEEL nº 2.439-Alta Tensão 15.75% Média
 *Letura confirmada



PARAIBA

Rotômetro: 12-5-292-450
 Matrícula: 1698358-2018-10-8

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

29/10/2018

R\$ 207,23

83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 10600005019-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 10245239421 Nome completo da vítima: Wanderson Araujo da Silva

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

Nome completo: Wanderson Araujo da Silva CPF: 10245239421
Profissão: Caseiro Endereço: Rua J.ª Francisca da Cunha, SN Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58059332
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3487 ☐ CONTA: 040726 ☐ 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(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.

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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
assinatado

Local e Data: João Pessoa - PB 19/11/18
Nome: Wanderson Araujo da Silva
CPF: 10245239421

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Wanderson Araujo da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CERTIDÃO

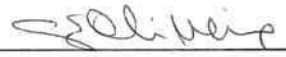
Nº. 1175/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº140072, pertencente a **WANDERSON ARAUJO DA SILVA** que foi atendido dia 27/06/2018 às 10H00min, vítima de colisão carro/bicicleta, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da base do 4º quirodáctilo direito. Medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de setembro de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



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

Ficha Nr: 140072 Atd: Nao Regu
Data: 27/06/2018
Hora: 10:00:16
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.003605

CNS: 703405254979300 Sexo: M IDENTIDADE: 3880161 Fone: 989016201

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1997 Id: 20 ano(s)

End.: RUA PROJETADA SN, 00

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: RENATA MARIA ARAUJO DA SILVA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: LAVADOR DE COUROS

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 989016201 / IDENTIDADE: 3880161

Procedencia: TRABALHO

Transporte utilizado: A PE

Vitima de acidente por: QUEDA DE BICICLETA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E BICICLETA
APRESENTADOR EM MSD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pit com em punho D, opus 7m

Fx da base do 9e QDD

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

1. Dipirona 1mg eu 40
2. Tilatil 40 mg eu 8 U

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134



030106000
030309022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E-235

Wanderson Araujo da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.880.161 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2010

NOME WANDERSON ARAUJO DA SILVA

FILIAÇÃO RENATA MARIA ARAUJO DA SILVA

NATURALIDADE JOAO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 31/12/1997

DOC ORIGEM NASC.N.15800 FLS.149 LIV.16

CARTÓRIO JOAO PESSOA PB

CPF 102.452.394-21

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR

LE Nº 15800 DE 29/08/83

COMPREV PREVIDENCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
Nº. JOÃO PESSOA

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

VALIDA EM TODO
O TERRITORIO NACIONAL
894056231

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO	
ALEXANDRA CESAR DUARTE	
CPF 2627728	RG 046.502.754-74
DATA NASCIMENTO 21/08/1982	
RESUMO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE	
TIPO DE A	DATA DE 29/06/2001
DATA DE 16/01/2013	DATA DE 29/06/2001
Assinatura <i>Alexandra Cesar Duarte</i>	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
Assinatura <i>Frederico Cavalcanti</i>	
DATA DE 17/01/2014	
DATA DE 65388356744	
DATA DE 28027919595	

13 NOV. 2018
PROTOCOLO
20040 PESS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Wanderson Araújo da Silva,
brasileiro(a), estado civil uniao estavel, profissão
carreiro, CI RG nº 3880.561,
CPF/MF nº 102.452.394-21, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Maria Francisca da Cunha, S/N Mangabeira
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58059-332, telefone
99105.5363, 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 12 de Novembro de 2018

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira/Poind - CEP 58056-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3338.8000/3338.2690

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:

WANDERSON ARAUJO DA SILVA*****

Em test, da verdade. João Pessoa - B 12/11/2018 10:39:22

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

[2018-030175]JEMOL:R\$ 9,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHS94528-F316

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.ius.br>

SERVIÇO NOTARIAL
2º Ofício Distrital
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira
João Pessoa - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419078/18

Vítima: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

CPF: 102.452.394-21

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

WANDERSON ARAUJO DA SILVA : 102.452.394-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA