



09/07/2020

Número: **0832484-28.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32188 786	09/07/2020 11:31	<u>2732412_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>
Número do documento: 20070911311137900000030845317

Num. 32188786 - Pág. 1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDREA NUNES DE OLIVEIRA CRUZ,
RG nº 2.500.543, Data de Expedição: / / , Órgão: ,
Portador do CPF nº 032.572.634-12, com domicílio na cidade de
JOÃO PESSOA, no Estado de Paraíba,
onde resido na (Rua/Av./Est.) RUA DAMI PAJIA,
nº 154, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ,
cujo o condutor era WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ,

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: JTA / SUZUKI EN125 YES
Ano: 2008
Placa: NKB - 1478 - PB
Chassi: 9CDNF41LT9MZ86432
Data do Acidente: 19/03/2017

Local e Data: JOÃO PESSOA - PB, 20/03/2018
CARTÓRIO M. DA FRANCA

Andrea Nunes de Oliveira Cruz
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **Wellington Franaseo na Cruz**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **052.782.024-59**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **Wellington Franaseo na Cruz**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **052.782.024-59**, 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 à 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE CEP 53520170
Email: balbinospes@hotmail.com	Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 09 de Abril de 2018
Rossana Ligia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante





ROSSANA

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
JAN/2018CÓDIGO MINHA OI
40176979229-

VENCIMENTO

02/02/2018

Emissão em 15/01/2018
Período de 13/12/2017 a 13/01/2018FATURA DE
JAN/2018

454,89

CTC CORREIOS
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
JOAQUIM NABUCO 200
TIMBO
53520-170 - ABREU E LIMA - PE

7200039896 00000 0000000000 10 150118

RECEBA ESTA
CONTA DO
JEITO MAIS
PRÁTICO.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI TOTAL

240,89

- OI MÓVEL
 - + Pacotes Adicionais do Móvel 39,00
- OI FIXO
- OI INTERNET
- OI TV
 - + Pacote Adicionais de TV 0,00

TOTAL DE MENSALIDADES

279,89

Alem disso, você...
realizou chamadas de longa distância 149,30
utilizou outros serviços OI 19,80

SUBTOTAL

449,09

Multa e juros

5,80

TOTAL DA SUA FATURA

454,89

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

CPF: 884.647.684-00
NÚMERO DO CLIENTE: 8808978559
NÚMERO DA FATURA: 875756438
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 40176979229-CÓDIGO MINHA OI
40176979229

www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastra-se na Minha OI e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses:

Jan 2018	454,89
Dez 2017	269,61
Nov 2017	190,58

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e
avise: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao
mês pro rata dia. Suspensão do serviço Parcial,
15 dias, após envio de 1ª notificação e, com mais
30 dias, Suspensão Total. Durante o período de
Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será
cobrada normalmente de acordo com os valores
contratados, pois ela continua apta a receber
chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos
de Proteção ao Crédito (SPC/Serasel), 30 dias
após a Suspensão Total.



CLIENTE

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

FATURA DE

JAN/2018

VENCIMENTO

02/02/2018

VALOR

454,89

DÉBITO AUTOMÁTICO

40176979229

OI MOVEL S.A.

Sólo Comercial Aplicativo - Atacado
Brasília - DF CEP: 70290-000
Site: www.oi.com.br

84680000004-0 54890113280-1 89785590875-1 75643800000



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>
 Número do documento: 20070911311137900000030845317

Num. 32188786 - Pág. 4



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ | CPF da Vítima 052.782.024-59 | Data do Acidente 19.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Abreu e Andrade de 09 Ano de 2018
Local e Data



X Wellington Francisco Cruz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>
Número do documento: 20070911311137900000030845317

Num. 32188786 - Pág. 5



434835

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00540.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00540.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 13:37 horas do dia 20 de março 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) da Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Wellington Francisco da Cruz**, CPF nº 052.782.024-59, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Selma da Cruz e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/10/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Iaiá Paiva, Nº 154, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Mais Utilidades, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-9285.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Iaiá Paiva X Rua Júlio Coutinho da Silva, Perto do Mais Utilidades, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/17 17:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA JTA/SUZUKI EN125 YES, PRETA, 2008/2009, PLACA NKB1478/PB, CHASSI 9CDNF41LJ9M286412, registrada em nome de ANDREA NUNES DE OLIVEIRA, pela Rua Iaiá Paiva quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Júlio Coutinho da Silva foi atingido na lateral esquerda por um CARRO FIAT FREEMONT, PRETO, PLACA OEVY0385/PB, conduzido por LANDER ALVES, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0335/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 28.02.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido em veículo particular pelo próprio condutor do FIAT FREEMONT; Que apenas o noticiante machucou-se no ocorrido; 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2018.

Fabiana Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

Wellington Francisco da Cruz
WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ
Noticiante



Procedimento Policial: 00540.01.2018.1.00.420



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Nº Sinistro: 3180171287
Vitima: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ
Data do Acidente: 19/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180171287**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **19/12/2017**. 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

Pag. 01029/01030 - carta_04 - INVALIDEZ



00070515

Carta nº 12768444



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>
Número do documento: 20070911311137900000030845317

Num. 32188786 - Pág. 7



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

052.782.024-59

Nome completo da vítima

WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ	CPF titular da conta 052.782.024-59	Profissão Pintor
Endereço RUA JADA PAIVA	Número 154	Complemento CASA
Bairro MENDACORE	Cidade JOÃO PESSOA	Estado Paraíba
Email valbrunis.jr@hotmail.com	(81)98721-5854	Telefone (DDDI) (81)3538-0069

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0729	D/V _____	CONTA NRO. 17579	B/V 5
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____	NRO. _____		
AGÊNCIA Nro. _____	D/V _____	CONTA Nro. _____	B/V _____
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Atencioso(a) de Abril de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

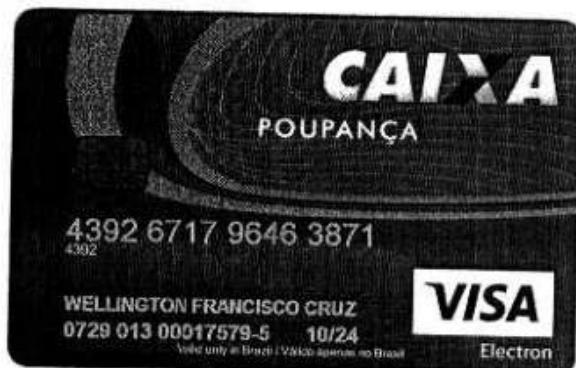
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017

Num. 32188786 - Pág. 8





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>
Número do documento: 20070911311137900000030845317

Num. 32188786 - Pág. 9

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180171287**
Vitima: **WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ**
Data do Acidente: **19/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180171287**.

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.seguradoraslider.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 12674942



PROCURACÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: PORTEIRO

Identidade: 2.659.596 CPF: 052.782.024.59

Endereço: RUA IAIA PAIVA nº 154 MANDACARU
JOÃO PESSOA - PB CEP 58027.490

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Av. Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima -PE



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Suelio Moreira Torres, 20/03/2018

Local e data

Wellington Francisco da Cruz

Assinatura do Beneficiário/Vitima

(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133783/18
Vítima: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ
CPF: 052.782.024-59

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/12/2017
Titular do CPF: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ : 052.782.024-59

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.dpvtseguro.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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2018
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF/CNPJ: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

ALINE GOMES DE BRITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180171287 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ **Data do acidente:** 19/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5ºMETACARPO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>
Número do documento: 20070911311137900000030845317

Num. 32188786 - Pág. 13





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>
Número do documento: 20070911311137900000030845317

Num. 32188786 - Pág. 15



CERTIDÃO

Nº0335/2018



Atendendo solicitação de **WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancredo Burity, certifico a constatação de Ficha nº 87872 Prontuário nº 2017.12.002744 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 19/12/2017 às 19H11min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º metacarpo de mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/12/2017 com alta médica dia 27/12/2017.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

, João Pessoa, 28 de fevereiro de 2018

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 87872 Atd: Nao Regulado
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 19/12/2017
A: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 19:11:33
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980 Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE A
X: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ Num. Prontuario: 2017.12.002744
NIS: 704109143388872 Sexo: M IDENTIDADE: 2559596 Fone: 987429285
Endereço: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/10/1983 Id: 34 ano(s)
End.: RUA IAIA PAJVA,154
Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Pai:
Etnia: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO CASADO
FORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ
Doc. Responsavel: 987429285 / IDENTIDADE: 2559596
Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vítima de acidente por: MOTO

Vítima de violência por: NAO

Caso Policial

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 ABR 2018

Geral Seguradora SA
Av. Dom Pedro I, 776 S, 105-Jd Passaré/PB

E-CONSULTA CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

po de Classificacão de Risco: VERDE

- | | |
|-----------------------|---------------|
| [X] Aparentemente Bem | [] Grave |
| [] Politraumatizado | [] Convulsao |
| [] Hemorragia | [] Dispneia |
| [] Diarréia | [] Agitado |
| [] Regular | [] Chocado |
| [] Vomito | |
- Observacao:

Principais

PACIENTE COM TRAUMA EM MAO ESQ

anamnese - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

1x de mao e Atro

agorismo: Conduta
Folha de IT: Folha metadona operando
escritorio: Horario da medicacao
Folha de IT: Folha de IT: Folha de IT:
infusao: Folha de IT:
Notamento: Folha de IT:

CDR



a e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

e | Medicamentos | Dosis | Horario | Evolución

Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberacao

DETALHAMENTO REALIZADO

ENTRO DO PACIENTE

Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/04/2018

Nome: Wellington Francisco da Cruz Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____
IPD: Pronto de se tornar no C
HDA: menta é fruta de s. M. forja no C
H. Vm
Conselho _____
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Sintomas: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda do Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: []Cefaleia []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 []Políuria []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 _____

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

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: _____

Conduta: _____





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Wellington Peres</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>26/12/11</i>	Cirurgião: <i>Indacílio Pecceli</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>Bloqueio</i>	Horário:	I:	T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Intin de 5º metacôrte (E)

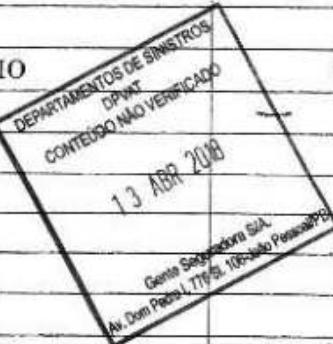
CID

562.6

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

O milles

CID



PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

Intervento Cirúrgico de int. metacôrte

CÓDIGO

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descrição: <i>Indacílio Pecceli Fernandes Ortopedia - Traumatologia CRM 0927 TEP 14247</i>
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	
Encaixamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① PCTE em DDT sob bloqueio motor
② Assep + antisep + TTF

Incisão:

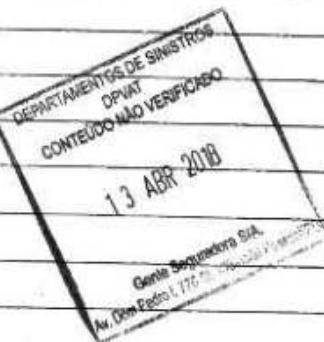
Achados: Entra da artéria do rº MTC F

Conduta:

Desv. inveniente lab soft
PSTD ex 2 fio K 1.5mm sob scopo
Cirurgico + TTF
TPTA

Fechamento:

Dr. Indalecio Parali Fernandes
Ortopedia Traumatologia
Clínica do Belo
CRM 6847 TEOT 14247



OBS:

Dr. Indalecio Parali Fernandes
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia de Ortopedia
CRM 6847 TEOT 14247

Data: 26/12/17

MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>
Número do documento: 20070911311137900000030845317

Num. 32188786 - Pág. 22



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Wellington Frazinio da Luz	FRONTUÁRIO N°			
IDADE	34 Anos	SEXO	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	19/12/17	DATA DE ALTA	27/12/17	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fract. de 5º MTC Eng.				CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Osteomínia				
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	Rx + exame fisi.				
PROCEDIMENTO REALIZADO	Trat. Cirúrgica				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO

DEPARTAMENTOS DE SANEAMENTO
OPAT
CONTEÚDO NÃO VENÉCICO
13 ABR 2018
Gente Segundona 2018
Av. Dom Pedro I, 178 S. / Rua Júlio Prestes 222

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES:	
Paciente submetido a trat. cirúrgico seu internamento, segue apto para alta hospitalar + acompanhamento mèdico antibioticoterápico.		

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:		
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.	
	Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias.	
	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.		

MEDICAÇÕES PARA CASA:	Cinesi + antibioticoterápico	
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ Ao Ambulatório do _____	
	Dr. Facelli	
	para retirada de pontos. em 30 dias para revisão	

DATA	27/12/17	DR. <i>[Assinatura]</i>	CRM / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

