

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Wandiego Waldir Leite Cipriano portador da carteira de identidade nº 3184864 e inscrito no CPF/MF sob o nº 07513443454 residente e domiciliado na R. Joaquim Montenegro da França Cidade João Pessoa, Estado PB, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Wandiego Waldir Leite Cipriano

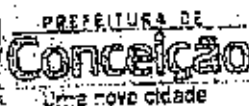
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 21/11/16

Local e data

SINCOR/PB

04/12/2016



192

Διπλ. Έργο - Εύα Τζαβέλα

4

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
BASE DESCENTRALIZADA DE CONCEIÇÃO - PB

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

16:45 h

USA 256 USE

DATA: 02/08/15	HORA: 23	OCCORRÊNCIA Nº: 23	PACIENTE / USUÁRIO: WANDERLEI WALDIR LEITE CORREIA	IDADE: 91	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: SITIO MÃE A SOARES		BAIRRO: JARDIM PESSOA		MÉDICO REGULADOR:	
APOIO NO LOCAL: ☒ FPM ☐ RESGATE / BOMBEIROS		☐ RESGATE / PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS		☒ OUTRO:	
QTA: ☐ OCORRIDO POR TERCEIROS ☐ PEÇOU ATENDIMENTO ☐ SOLICITADO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOCAMENTO/AFOCAMENTO
☐ DESABAMENTO/ SOTERRAMENTO	☒ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ FALB	☐ OUTRO
☐ FAF (FAF)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☒ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: Har e RESPONSÁVEL: X [Signature] FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

James - Wilson, STC/P1 + 6, Jan. 4, 1966

DADOS VITAIS

WAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30irpm ☐ <30irpm PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >20mm Hg ☐ <20mm Hg

DATE: 12/28/2018 ED: 98 TEMP: °C - GLICEMIA mg/dl - E. Comp: SpO2s/O2: 98 SaO2c/O2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☒ Confusão Aguda ☒ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz dos VVAA ☒ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☒ Hipotensão ☒ Integridade da pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☒ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Sarcopenia ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Dificultados ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Percepção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Quedas

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

[illegible]

Allyson Franklin da Costa
Enfermeiro 3000
COREN PB 248.028
SAMU-193

~~STNCORRD~~
07/12/2016

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ PERVIAS ☐ RESP. RUÍDOSA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☐ EUPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ APNEIA	☒ EXPANSIBILIDADE ☒ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRRREGULAR ☐ MURMÚRIOS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DIMINUIDO ☐ D ☐ E ☐ AUSENTE ☐ D ☐ E ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MACEZ	☒ PULSO ☒ NORMAL ☐ ENDO ☐ CHEIO ☐ RETENIDO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERFUSÃO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE	☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TORÇOR ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ RIGIDEZ ☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA ☐ RINORRAGIA ☐ D ☐ E ☐ OTORRAGIA ☐ D ☐ E ☐ RINORRÉIA ☐ D ☐ E ☐ OTORRÉIA ☐ D ☐ E PUPILAS ☐ MIOSE ☐ MIDRIASE ☐ FOTORREAGENTES ☐ NÃO FOTORREAGENTES ☐ ANISOCORIA ☐ D ☐ E

E.C.G. ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL

☐ OUTROS SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/ROTRACQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VENTRAL ☐ SEDAÇÃO ☐ MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLLAR CERVICAL
☒ INTUBAÇÃO ☐ OROTRACQUEAL ☐ OUTROS:

INTERVENÇÕES:

limpeza de ferimento e curativo + imobilização de cervical

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

POSICIONAMENTO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABEÇEIRAS (CABEÇA)

ECUSA

NOME:

NOME:

RG:

RG:

SINCOR/PH

07/12/2016

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

DICO:

CRM:

FERMEIRO(A):

COREN: 252.958

CARIMBO/ASS.:

CARIMBO/ASS.:

X TÉCNICO DE ENFERMAGEM



Documento não homologado

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wandiego Waldin Leite Cipriano

RG nº 3184364, data de expedição 28 / 01 / 88

Órgão SSP, CPF nº 075134474-54, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Joaquim Montenegro da França</u>
Número	<u>800</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Gramma</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58069000</u>
Telefone de contato	<u>98888 5322</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 21 / 11 / 16

Wandiego Waldin Leite Cipriano
Assinatura do Declarante

SINCOR/PB

07/12/2016

MARIA APARECIDA LEITE
RUA JOAQUIM MONTEIRO DA FRANÇA, S/N - GRAMAME
JOÃO PESSOA/PB CEP 5300000-140-13

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

Classificação: RESIDENCIAL/BARRA REDE: MONOFÁSICO
Relatório: 13/07/2016
Mês de corte: 04/2016
Relatório: 04/2016
Relatório: 04/2016
Relatório: 04/2016

Relatório de Consumo de Energia Elétrica
Código de Acesso: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora) 51265861-9

Abr / 2016

Canal de contato

Apresentação

20/04/2016

Data prevista da próxima leitura

20/05/2016

CPF/CNPJ/RAN

66224307000

Pagamentos em atraso

304032016 164,65

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16 111
Abr/16 124
Mai/16 134
Jun/16 144
Jul/16 154
Ago/16 164
Set/16 174
Out/16 184
Nov/16 194
Dez/16 204
Jan/16 214
Fev/16 224
Mar/16 234

Anterior Atual Constante Consumo Dias
Data Leitura Data Leitura
13/03/16 17/03 20/04/16 17/04

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 33kWh-BR	30	0,14403	4,32
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,24704	17,29
Consumo - 101 a 220kWh-BR	120	0,37181	44,62
Consumo acima de 220kWh-BR	151	0,41324	62,40
Adic. B. Amarelo			1,40
Supr. Elétrico			26,74
ILMS			60,84
PIB			1,28
COFINS			5,86

LANÇAMENTO DE SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO DE ILUM. PÚBLICA
DIFUSÃO DE LUZ PÚBLICA
RENTAL DE LUZ PÚBLICA
RENTAL DE LUZ PÚBLICA

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
JCMSE	224,81	27,00	60,70
PIB	224,81	0,5700	1,28
COFINS	721,61	0,8100	5,86

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/04/2016 R\$ 214,49

80cc.d516.2b10.d6d7.4404.9b69.5734.88cf.

Indicadores de Qualidade - Índice de Qualidade

Índice de Qualidade	Limite da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)
CM MENSAL	98,00	98,00	220
CM TRIMESTRAL	98,00	98,00	220
CM SEMESTRAL	98,00	98,00	220
CM ANUAL	98,00	98,00	220
CM TRIMESTRAL	98,00	98,00	220
CM SEMESTRAL	98,00	98,00	220
CM ANUAL	98,00	98,00	220

ATENÇÃO

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE RELATÓRIO SÃO DE RESPONSABILIDADE DA ENERGISA PARÁIBA. A ENERGISA PARÁIBA NÃO SE RESPONSABILIZA POR DANOS MATERIAIS OU MORAIS RESULTANTES DO USO DESTE RELATÓRIO. A ENERGISA PARÁIBA NÃO SE RESPONSABILIZA POR DANOS MATERIAIS OU MORAIS RESULTANTES DO USO DESTE RELATÓRIO. A ENERGISA PARÁIBA NÃO SE RESPONSABILIZA POR DANOS MATERIAIS OU MORAIS RESULTANTES DO USO DESTE RELATÓRIO.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ao

159-447142674 4

07/Jul/2016

HORA DE 08:45:30

EST. 13.21955-0

TERM 040235

LOCALIDADE: JOÃO PESSOA

AG. VINCULADA: 1033

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ENERGISA PB - DESIR ENERGIA SA

VALOR DO PAGAMENTO: 214,49

030200000021 144901490000

126500120103 045000200101

159-447142674-4

VIA

SINCOR/PB

04/12/2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
DATA DE NASCIMENTO 28/01/88
NOME DA MÃE MARIA APARECIDA LEITE CIPRIANO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 861.329
Nº PRONTUÁRIO 89.979
DATA DO ATENDIMENTO 26/08/2016
HORA DO ATENDIMENTO 22:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA PATELA D
CID 10 S 82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, com trauma no joelho há cerca de 24 dias, transferido do Ortotrauma pela pactuação, apresentando fratura da patela D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do joelho D - AP e P
RX da mão D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da patela D ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Milton Linhares e Dr. Roberto Santos.

ALTA HOSPITALAR: 04/09/15
DATA DA EMISSÃO: 19/01/16

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM/25161PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SINCOR/PB
07/12/2016



TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

DATA DE NASCIMENTO **28/01/1988** ZONA **077** SEÇÃO **0435**

MUNICÍPIO/UF **JOÃO PESSOA/PB** DATA DE EMISSÃO **28/11/2013**

JUIZ ELEITORAL

Proteção do TSE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DT 12/01/7

Wandiego Waldir Leite Cipriano

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE 000000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Wandiego Waldir Leite Cipriano

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 075.184.474-54 10 DEZ 2003

NOME **WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO.**

FILHO **Wandiego José Cipriano.**

Mãe **Maria Aparecida Leite Cipriano**

NATURALIDADE **João Pessoa, PB** DATA DE NASCIMENTO **28.01.1988**

DOC. NASCIM **Cert. Nasc. Mat. 309. Fls. 128. Liv. 4. 062. Cart. Mangabeira. João Pessoa, PB**

MUNICÍPIO **João Pessoa - PB**

ASSINATURA DO TITULAR

075.184.474-54

SINCOR/PB 9887011912/2016

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10220689

A/C: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160742993 ASL-1186503/16
Vitima: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10222367

A/C: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160742993 ASL-1186503/16
Vítima: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº 11162090

a/c: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

Sinistro: 3160742993 ASL-1186503/16
Vítima: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Serviço de Atendimento ao Cliente

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em Letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Wandilson Waldir Leite BaptistaPORTADOR(A) DO RG Nº 3484364 EXPEDIDO POR SSP EM 28 / 01 / 88 ECPF 005134444-54 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO op. de cargo

E RENDA MENSAL DE R\$ 180 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wandilson Waldir Leite Baptista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 7981 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10638-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Porto 21 de março de 2016
LOCAL E DATA

Wandilson Waldir Leite Baptista
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SINISTRO

04/12/2016

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0000750 DROG FRANCY I 16/09/2016
ITAU
20:00:37 (Horário de Brasília)
*****1102

Saldo N 73020001-1480

BANCO ITAU SALDO DE CONTA CORRENTE
AGEN. 7861 DATA 16/09/16 HORA 20.01 35
CONTA 10858 1 WANDIEGO WALDIR LEITE CI

(+)SDO PROV CTA + APL AUTOM	376,10
(=)SALDO DISPONIVEL P/SAQUE	376,10
(=)VALOR TOTL DISP P/ SAQUE	376,10

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

SINCOR/PE

07/12/2016



Documento de Identificação

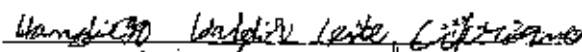
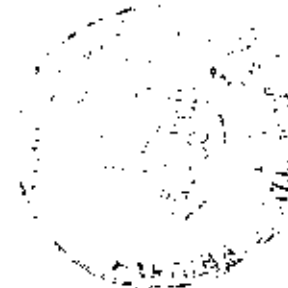
**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
4525/2015**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de Nº **4525/2015**, que passamos a transcrever na íntegra: Aos **16 de setembro de 2015**, nesta cidade de , Estado da Paraíba e na **2ª Delegacia Distrital da Capital**, quando encontrava-se presente o Bel(a). **JOAQUIM FABIO PEREIRA PONTES**, Delegado de Polícia Civil, comigo , Escrivão de Polícia Civil, ao final assinado, ai, por volta das **13:52** horas, compareceu **WANDIÊGO WALDIR LEITE CIPRIANO**, nacionalidade **BRASILEIRO**, **SOLTEIRO**, **ENSINO MEDIO**, **OPERADOR DE CARGA**, nascido aos **29/01/1988**, filho(a) de **VALDIR JOSÉ CIPRIANO** e de **MARIA APARECIDA LEITE CIPRIANO**, natural de **JOÃO PESSOA - PB**, portador de Cédula de Identidade Nº **3184364**, expedida pela **SEDS/PB**, com C.P.F. de Nº **075.134.474-54**, residindo à **RUA PROF. JOSE HOLMES, 488-ERNANI SATIRO**, na cidade de **JOÃO PESSOA - PB**, telefone: **(83) XXX**, celular: **(83) 988865322**.

Declarou que:

UMA COLISÃO, ENTRE UM FIAT DE COR LARANJA DE PLACA MOV8226 E UMA MOTO BROZ DE COR AMARELA E PLACA NQA1620, E DEIXOU DUAS PESSOAS FERIDAS. O FATO OCORREU, POR VOLTA DAS 17:00H do dia 02/08/2015, NAS PROXIMIDADES DA COMUNIDADE MARIA SOARES, NA CIDADE DE CONCEIÇÃO-PB. SEGUNDO A POLICIA MILITAR, O PUNTO ERA CONDUZIDO POR IBIAPINO DE FREITAS, RESIDENTE NA RUA PAULINO DE OLIVEIRA BRAGA, 31 BAIRRO SÃO GERALDO. EM CONCEIÇÃO-PB ENQUANTO A MOTO ERA PILOTADA POR JOSÉ BARROS, RES. A RUA DOS DIAMANTES, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, JOÃO PESSOA-PB E TINHA COMO GARUPA WANDIÊGO WALDIR LEITE CIPRIANO. DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DA 2ª COMPANHIA DE POLICIA MILITAR, TANTO O FIAT PUNTO, QUANTO A MOTO BROZ SEGUIAM NO SENTIDO DA CIDADE DE IBIARA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA COMUNIDADE MARIA SOARES, O CONDUTOR DA MOTO PERDEU O CONTROLE E COLIDIU VIOLENTAMENTE CONTRA A TRAZEIRA DO VEICULO FIAT PUNTO. COM A PANCADA O PILOTO E O GARUPA DA MOTO FORAM ARREMESSADOS DE CIMA DA MOTO E FICARAM LESIONADOS. *Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão. A referida é verdade e dou FÉ.*

João Pessoa/PB, 16 de setembro de 2015.


WANDIÊGO WALDIR LEITE CIPRIANO
ESCRIVÃO DE POLÍCIA Ad-Hoc**SINCOR/PB****04/12/2016**



Documento de Identificação

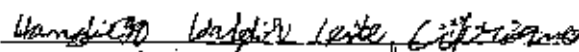
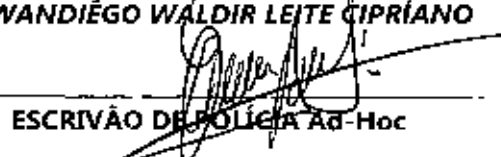
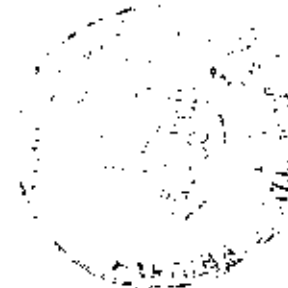
**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
4525/2015**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de Nº **4525/2015**, que passamos a transcrever na íntegra: Aos **16 de setembro de 2015**, nesta cidade de , Estado da Paraíba e na **2ª Delegacia Distrital da Capital**, quando encontrava-se presente o Bel(a). **JOAQUIM FABIO PEREIRA PONTES**, Delegado de Polícia Civil, comigo , Escrivão de Polícia Civil, ao final assinado, ai, por volta das **13:52** horas, compareceu **WANDIÊGO WALDIR LEITE CIPRIANO**, nacionalidade **BRASILEIRO**, **SOLTEIRO**, **ENSINO MEDIO**, **OPERADOR DE CARGA**, nascido aos **29/01/1988**, filho(a) de **VALDIR JOSÉ CIPRIANO** e de **MARIA APARECIDA LEITE CIPRIANO**, natural de **JOÃO PESSOA - PB**, portador de Cédula de Identidade Nº **3184364**, expedida pela **SEDS/PB**, com C.P.F. de Nº **075.134.474-54**, residindo à **RUA PROF. JOSE HOLMES, 488-ERNANI SATIRO**, na cidade de **JOÃO PESSOA - PB**, telefone: **(83) XXX**, celular: **(83) 988865322**.

Declarou que:

UMA COLISÃO, ENTRE UM FIAT DE COR LARANJA DE PLACA MOV8226 E UMA MOTO BROZ DE COR AMARELA E PLACA NQA1620, E DEIXOU DUAS PESSOAS FERIDAS. O FATO OCORREU, POR VOLTA DAS 17:00H do dia 02/08/2015, NAS PROXIMIDADES DA COMUNIDADE MARIA SOARES, NA CIDADE DE CONCEIÇÃO-PB. SEGUNDO A POLICIA MILITAR, O PUNTO ERA CONDUZIDO POR IBIAPINO DE FREITAS, RESIDENTE NA RUA PAULINO DE OLIVEIRA BRAGA, 31 BAIRRO SÃO GERALDO. EM CONCEIÇÃO-PB ENQUANTO A MOTO ERA PILOTADA POR JOSÉ BARROS, RES. A RUA DOS DIAMANTES, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, JOÃO PESSOA-PB E TINHA COMO GARUPA WANDIÊGO WALDIR LEITE CIPRIANO. DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DA 2ª COMPANHIA DE POLICIA MILITAR, TANTO O FIAT PUNTO, QUANTO A MOTO BROZ SEGUIAM NO SENTIDO DA CIDADE DE IBIARA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA COMUNIDADE MARIA SOARES, O CONDUTOR DA MOTO PERDEU O CONTROLE E COLIDIU VIOLENTAMENTE CONTRA A TRAZEIRA DO VEICULO FIAT PUNTO. COM A PANCADA O PILOTO E O GARUPA DA MOTO FORAM ARREMESSADOS DE CIMA DA MOTO E FICARAM LESIONADOS. *Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão. A referida é verdade e dou FÉ.*

João Pessoa/PB, 16 de setembro de 2015.


WANDIÊGO WALDIR LEITE CIPRIANO
ESCRIVÃO DE POLÍCIA Ad-Hoc**SINCOR/PB****04/12/2016**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Wandiego Waldir Leite Cipriano portador da carteira de identidade nº 3184864 e inscrito no CPF/MF sob o nº 07513443454 residente e domiciliado na R. Joaquim Montenegro da França Cidade João Pessoa, Estado PB, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Wandiego Waldir Leite Cipriano

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 21/11/16

Local e data

SINCOR/PB

04/12/2016

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
BASE DESCENTRALIZADA DE CONCEIÇÃO - PB

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

16.45 h

USA 256 1USB

DATA: 02/08/15	HORA: 16:45	OCORRÊNCIA Nº: 27	PACIENTE / USUÁRIO: WANDIEGA WALDIR LEITE CORREIA	IDADE: 97	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: SÍTIO MARIA SOARES			MÉDICO REGULADOR: JOAO PESSOA		
APOIO NO LOCAL: ☒ FPM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE / PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ OUTRO:					
QTA: ☐ OCORRIDO POR TERCEIROS ☐ PEÇOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABASTECIMENTO SOTERRAMENTO	☒ QUESA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUESADURAS
☐ FALB	☐ OUTRO
☐ FAF (PAF)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÓRACICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☒ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HUC RESPONSÁVEL: X FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

gasos oxigênio, ST 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98, 100, 102, 104, 106, 108, 110, 112, 114, 116, 118, 120, 122, 124, 126, 128, 130, 132, 134, 136, 138, 140, 142, 144, 146, 148, 150, 152, 154, 156, 158, 160, 162, 164, 166, 168, 170, 172, 174, 176, 178, 180, 182, 184, 186, 188, 190, 192, 194, 196, 198, 200, 202, 204, 206, 208, 210, 212, 214, 216, 218, 220, 222, 224, 226, 228, 230, 232, 234, 236, 238, 240, 242, 244, 246, 248, 250, 252, 254, 256, 258, 260, 262, 264, 266, 268, 270, 272, 274, 276, 278, 280, 282, 284, 286, 288, 290, 292, 294, 296, 298, 300, 302, 304, 306, 308, 310, 312, 314, 316, 318, 320, 322, 324, 326, 328, 330, 332, 334, 336, 338, 340, 342, 344, 346, 348, 350, 352, 354, 356, 358, 360, 362, 364, 366, 368, 370, 372, 374, 376, 378, 380, 382, 384, 386, 388, 390, 392, 394, 396, 398, 400, 402, 404, 406, 408, 410, 412, 414, 416, 418, 420, 422, 424, 426, 428, 430, 432, 434, 436, 438, 440, 442, 444, 446, 448, 450, 452, 454, 456, 458, 460, 462, 464, 466, 468, 470, 472, 474, 476, 478, 480, 482, 484, 486, 488, 490, 492, 494, 496, 498, 500, 502, 504, 506, 508, 510, 512, 514, 516, 518, 520, 522, 524, 526, 528, 530, 532, 534, 536, 538, 540, 542, 544, 546, 548, 550, 552, 554, 556, 558, 560, 562, 564, 566, 568, 570, 572, 574, 576, 578, 580, 582, 584, 586, 588, 590, 592, 594, 596, 598, 600, 602, 604, 606, 608, 610, 612, 614, 616, 618, 620, 622, 624, 626, 628, 630, 632, 634, 636, 638, 640, 642, 644, 646, 648, 650, 652, 654, 656, 658, 660, 662, 664, 666, 668, 670, 672, 674, 676, 678, 680, 682, 684, 686, 688, 690, 692, 694, 696, 698, 700, 702, 704, 706, 708, 710, 712, 714, 716, 718, 720, 722, 724, 726, 728, 730, 732, 734, 736, 738, 740, 742, 744, 746, 748, 750, 752, 754, 756, 758, 760, 762, 764, 766, 768, 770, 772, 774, 776, 778, 780, 782, 784, 786, 788, 790, 792, 794, 796, 798, 800, 802, 804, 806, 808, 810, 812, 814, 816, 818, 820, 822, 824, 826, 828, 830, 832, 834, 836, 838, 840, 842, 844, 846, 848, 850, 852, 854, 856, 858, 860, 862, 864, 866, 868, 870, 872, 874, 876, 878, 880, 882, 884, 886, 888, 890, 892, 894, 896, 898, 900, 902, 904, 906, 908, 910, 912, 914, 916, 918, 920, 922, 924, 926, 928, 930, 932, 934, 936, 938, 940, 942, 944, 946, 948, 950, 952, 954, 956, 958, 960, 962, 964, 966, 968, 970, 972, 974, 976, 978, 980, 982, 984, 986, 988, 990, 992, 994, 996, 998, 1000, 1002, 1004, 1006, 1008, 1010, 1012, 1014, 1016, 1018, 1020, 1022, 1024, 1026, 1028, 1030, 1032, 1034, 1036, 1038, 1040, 1042, 1044, 1046, 1048, 1050, 1052, 1054, 1056, 1058, 1060, 1062, 1064, 1066, 1068, 1070, 1072, 1074, 1076, 1078, 1080, 1082, 1084, 1086, 1088, 1090, 1092, 1094, 1096, 1098, 1100, 1102, 1104, 1106, 1108, 1110, 1112, 1114, 1116, 1118, 1120, 1122, 1124, 1126, 1128, 1130, 1132, 1134, 1136, 1138, 1140, 1142, 1144, 1146, 1148, 1150, 1152, 1154, 1156, 1158, 1160, 1162, 1164, 1166, 1168, 1170, 1172, 1174, 1176, 1178, 1180, 1182, 1184, 1186, 1188, 1190, 1192, 1194, 1196, 1198, 1200, 1202, 1204, 1206, 1208, 1210, 1212, 1214, 1216, 1218, 1220, 1222, 1224, 1226, 1228, 1230, 1232, 1234, 1236, 1238, 1240, 1242, 1244, 1246, 1248, 1250, 1252, 1254, 1256, 1258, 1260, 1262, 1264, 1266, 1268, 1270, 1272, 1274, 1276, 1278, 1280, 1282, 1284, 1286, 1288, 1290, 1292, 1294, 1296, 1298, 1300, 1302, 1304, 1306, 1308, 1310, 1312, 1314, 1316, 1318, 1320, 1322, 1324, 1326, 1328, 1330, 1332, 1334, 1336, 1338, 1340, 1342, 1344, 1346, 1348, 1350, 1352, 1354, 1356, 1358, 1360, 1362, 1364, 1366, 1368, 1370, 1372, 1374, 1376, 1378, 1380, 1382, 1384, 1386, 1388, 1390, 1392, 1394, 1396, 1398, 1400, 1402, 1404, 1406, 1408, 1410, 1412, 1414, 1416, 1418, 1420, 1422, 1424, 1426, 1428, 1430, 1432, 1434, 1436, 1438, 1440, 1442, 1444, 1446, 1448, 1450, 1452, 1454, 1456, 1458, 1460, 1462, 1464, 1466, 1468, 1470, 1472, 1474, 1476, 1478, 1480, 1482, 1484, 1486, 1488, 1490, 1492, 1494, 1496, 1498, 1500, 1502, 1504, 1506, 1508, 1510, 1512, 1514, 1516, 1518, 1520, 1522, 1524, 1526, 1528, 1530, 1532, 1534, 1536, 1538, 1540, 1542, 1544, 1546, 1548, 1550, 1552, 1554, 1556, 1558, 1560, 1562, 1564, 1566, 1568, 1570, 1572, 1574, 1576, 1578, 1580, 1582, 1584, 1586, 1588, 1590, 1592, 1594, 1596, 1598, 1600, 1602, 1604, 1606, 1608, 1610, 1612, 1614, 1616, 1618, 1620, 1622, 1624, 1626, 1628, 1630, 1632, 1634, 1636, 1638, 1640, 1642, 1644, 1646, 1648, 1650, 1652, 1654, 1656, 1658, 1660, 1662, 1664, 1666, 1668, 1670, 1672, 1674, 1676, 1678, 1680, 1682, 1684, 1686, 1688, 1690, 1692, 1694, 1696, 1698, 1700, 1702, 1704, 1706, 1708, 1710, 1712, 1714, 1716, 1718, 1720, 1722, 1724, 1726, 1728, 1730, 1732, 1734, 1736, 1738, 1740, 1742, 1744, 1746, 1748, 1750, 1752, 1754, 1756, 1758, 1760, 1762, 1764, 1766, 1768, 1770, 1772, 1774, 1776, 1778, 1780, 1782, 1784, 1786, 1788, 1790, 1792, 1794, 1796, 1798, 1800, 1802, 1804, 1806, 1808, 1810, 1812, 1814, 1816, 1818, 1820, 1822, 1824, 1826, 1828, 1830, 1832, 1834, 1836, 1838, 1840, 1842, 1844, 1846, 1848, 1850, 1852, 1854, 1856, 1858, 1860, 1862, 1864, 1866, 1868, 1870, 1872, 1874, 1876, 1878, 1880, 1882, 1884, 1886, 1888, 1890, 1892, 1894, 1896, 1898, 1900, 1902, 1904, 1906, 1908, 1910, 1912, 1914, 1916, 1918, 1920, 1922, 1924, 1926, 1928, 1930, 1932, 1934, 1936, 1938, 1940, 1942, 1944, 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966, 1968, 1970, 1972, 1974, 1976, 1978, 1980, 1982, 1984, 1986, 1988, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2024, 2026, 2028, 2030, 2032, 2034, 2036, 2038, 2040, 2042, 2044, 2046, 2048, 2050, 2052, 2054, 2056, 2058, 2060, 2062, 2064, 2066, 2068, 2070, 2072, 2074, 2076, 2078, 2080, 2082, 2084, 2086, 2088, 2090, 2092, 2094, 2096, 2098, 2100, 2102, 2104, 2106, 2108, 2110, 2112, 2114, 2116, 2118, 2120, 2122, 2124, 2126, 2128, 2130, 2132, 2134, 2136, 2138, 2140, 2142, 2144, 2146, 2148, 2150, 2152, 2154, 2156, 2158, 2160, 2162, 2164, 2166, 2168, 2170, 2172, 2174, 2176, 2178, 2180, 2182, 2184, 2186, 2188, 2190, 2192, 2194, 2196, 2198, 2200, 2202, 2204, 2206, 2208, 2210, 2212, 2214, 2216, 2218, 2220, 2222, 2224, 2226, 2228, 2230, 2232, 2234, 2236, 2238, 2240, 2242, 2244, 2246, 2248, 2250, 2252, 2254, 2256, 2258, 2260, 2262, 2264, 2266, 2268, 2270, 2272, 2274, 2276, 2278, 2280, 2282, 2284, 2286, 2288, 2290, 2292, 2294, 2296, 2298, 2300, 2302, 2304, 2306, 2308, 2310, 2312, 2314, 2316, 2318, 2320, 2322, 2324, 2326, 2328, 2330, 2332, 2334, 2336, 2338, 2340, 2342, 2344, 2346, 2348, 2350, 2352, 2354, 2356, 2358, 2360, 2362, 2364, 2366, 2368, 2370, 2372, 2374, 2376, 2378, 2380, 2382, 2384, 2386, 2388, 2390, 2392, 2394, 2396, 2398, 2400, 2402, 2404, 2406, 2408, 2410, 2412, 2414, 2416, 2418, 2420, 2422, 2424, 2426, 2428, 2430, 2432, 2434, 2436, 2438, 2440, 2442, 2444, 2446, 2448, 2450, 2452, 2454, 2456, 2458, 2460, 2462, 2464, 2466, 2468, 2470, 2472, 2474, 2476, 2478, 2480, 2482, 2484, 2486, 2488, 2490, 2492, 2494, 2496, 2498, 2500, 2502, 2504, 2506, 2508, 2510, 2512, 2514, 2516, 2518, 2520, 2522, 2524, 2526, 2528, 2530, 2532, 2534, 2536, 2538, 2540, 2542, 2544, 2546, 2548, 2550, 2552, 2554, 2556, 2558, 2560, 2562, 2564, 2566, 2568, 2570, 2572, 2574, 2576, 2578, 2580, 2582, 2584, 2586, 2588, 2590, 2592, 2594, 2596, 2598, 2600, 2602, 2604, 2606, 2608, 2610, 2612, 2614, 2616, 2618, 2620, 2622, 2624, 2626, 2628, 2630, 2632, 2634, 2636, 2638, 2640, 2642, 2644, 2646, 2648, 2650, 2652, 2654, 2656, 2658, 2660, 2662, 2664, 2666, 2668, 2670, 2672, 2674, 2676, 2678, 2680, 2682, 2684, 2686, 2688, 2690, 2692, 2694, 2696, 2698, 2700, 2702, 2704, 2706, 2708, 2710, 2712, 2714, 2716, 2718, 2720, 2722, 2724, 2726, 2728, 2730, 2732, 2734, 2736, 2738, 2740, 2742, 2744, 2746, 2748, 2750, 2752, 2754, 2756, 2758, 2760, 2762, 2764, 2766, 2768, 2770, 2772, 2774, 2776, 2778, 2780, 2782, 2784, 2786, 2788, 2790, 2792, 2794, 2796, 2798, 2800, 2802, 2804, 2806, 2808, 2810, 2812, 2814, 2816, 2818, 2820, 2822, 2824, 2826, 2828, 2830, 2832, 2834, 2836, 2838, 2840, 2842, 2844, 2846, 2848, 2850, 2852, 2854, 2856, 2858, 2860, 2862, 2864, 2866, 2868, 2870, 2872, 2874, 2876, 2878, 2880, 2882, 2884, 2886, 2888, 2890, 2892, 2894, 2896, 2898, 2900, 2902, 2904, 2906, 2908, 2910, 2912, 2914, 2916, 2918, 2920, 2922, 2924, 2926, 2928, 2930, 2932, 2934, 2936, 2938, 2940, 2942, 2944, 2946, 2948, 2950, 2952, 2954, 2956, 2958, 2960, 2962, 2964, 2966, 2968, 2970, 2972, 2974, 2976, 2978, 2980, 2982, 2984, 2986, 2988, 2990, 2992, 2994, 2996, 2998, 3000, 3002, 3004, 3006, 3008, 3010, 3012, 3014, 3016, 3018, 3020, 3022, 3024, 3026, 3028, 3030, 3032, 3034, 3036, 3038, 3040, 3042, 3044, 3046, 3048, 3050, 3052, 3054, 3056, 3058, 3060, 3062, 3064, 3066, 3068, 3070, 3072, 3074, 3076, 3078, 3080, 3082, 3084, 3086, 3088, 3090, 3092, 3094, 3096, 3098, 3100, 3102, 3104, 3106, 3108, 3110, 3112, 3114, 3116, 3118, 3120, 3122, 3124, 3126, 3128, 3130, 3132, 3134, 3136, 3138, 3140, 3142, 3144, 3146, 3148, 3150, 3152, 3154, 3156, 3158, 3160, 3162, 3164, 3166, 3168, 3170, 3172, 3174, 3176, 3178, 3180, 3182, 3184, 3186, 3188, 3190, 3192, 3194, 3196, 3198, 3200, 3202, 3204, 3206, 3208, 3210, 3212, 3214, 3216, 3218, 3220, 3222, 3224, 3226, 3228, 3230, 3232, 3234, 3236, 3238, 3240, 3242, 3244, 3246, 3248, 3250, 3252, 3254, 3256, 3258, 3260, 3262, 3264, 3266, 3268, 3270, 3272, 3274, 3276, 3278, 3280, 3282, 3284, 3286, 3288, 3290, 3292, 3294, 3296, 3298, 3300, 3302, 3304, 3306, 3308, 3310, 3312, 3314, 3316, 3318, 3320, 3322, 3324, 3326, 3328, 3330, 3332, 3334, 3336, 3338, 3340, 3342, 3344, 3346, 3348, 3350, 3352, 3354, 3356, 3358, 3360, 3362, 3364, 3366, 3368, 3370, 3372, 3374, 3376, 3378, 3380, 3382, 3384, 3386, 3388, 3390, 3392, 3394, 3396, 3398, 3400, 3402, 3404, 3406, 3408, 3410, 3412, 3414, 3416, 3418, 3420, 3422, 3424, 3426, 3428, 3430, 3432, 3434, 3436, 3438, 3440, 3442, 3444, 3446, 3448, 3450, 3452, 3454, 3456, 3458, 3460, 3462, 3464, 3466, 3468, 3470, 3472, 3474, 3476, 3478, 3480, 3482, 3484, 3486, 3488, 3490, 3492, 3494, 3496, 3498, 3500, 3502, 3504, 3506, 3508, 3510, 3512, 3514, 3516, 3518, 3520, 3522, 3524, 3526, 3528, 3530, 3532, 3534, 3536, 3538, 3540, 3542, 3544, 3546, 3548, 3550, 3552, 3554, 3556, 3558, 3560, 3562, 3564, 3566, 3568, 3570, 3572, 3574, 3576, 3578, 3580, 3582, 3584, 3586, 3588, 3590, 3592, 3594, 3596, 3598, 3600, 3602, 3604, 3606, 3608, 3610, 3612, 3614, 3616, 3618, 3620, 3622, 3624, 3626, 3628, 3630, 3632, 3634, 3636, 3638, 3640, 3642, 3644, 3646, 3648, 3650, 3652, 3654, 3656, 3658, 3660, 3662

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ PERVIAS ☐ RESP. RUÍDOSA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☐ EUPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ APNEIA	☒ EXPANSIBILIDADE ☒ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRRREGULAR ☐ MURMÚRIOS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DIMINUIDO ☐ D ☐ E ☐ AUSENTE ☐ D ☐ E ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MÚLTIPLAS	☒ PULSO ☒ NORMAL ☐ ENDO ☐ CHEIO ☐ RETENIDO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERFUSÃO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE	☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TORÇOR ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ RIGIDEZ ☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA ☐ RINORRAGIA ☐ D ☐ E ☐ OTORRAGIA ☐ D ☐ E ☐ RINORRÉIA ☐ D ☐ E ☐ OTORRÉIA ☐ D ☐ E PUPILAS ☐ MIOSE ☐ MIDRIASE ☐ FOTORREAGENTES ☐ NÃO FOTORREAGENTES ☐ ANISOCORIA ☐ D ☐ E

E.C.G. ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/ROTRACQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VENTRAL ☐ SEDAÇÃO ☐ MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLLAR CERVICAL
☒ TRACHEOSTOMIA ☐ OROTRACQUEAL ☐ OUTROS:

INTERVENÇÕES:

limpeza de ferimento e curativo + imobilização de cervical

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

POSICIONAMENTO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABEÇEIRAS (CABEÇA)

ECUSA

NOME:

NOME:

RG:

RG:

SINCOR/PH

07/12/2016

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

DICO:

CRM:

FERMEIRO(A):

COREN: 252.958

CARIMBO/ASS.:

CARIMBO/ASS.:

X TÉCNICO DE ENFERMAGEM



Documento não homologado

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wandiego Waldin Leite Cipriano

RG nº 3184364, data de expedição 28 / 01 / 88

Órgão SSP, CPF nº 075134474-54, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Joaquim Montenegro da França</u>
Número	<u>808</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Gramma</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58069000</u>
Telefone de contato	<u>98888 5322</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 21 / 11 / 16

Wandiego Waldin Leite Cipriano
Assinatura do Declarante

SINCOR/PB

07/12/2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
DATA DE NASCIMENTO 28/01/88
NOME DA MÃE MARIA APARECIDA LEITE CIPRIANO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 861.329
Nº PRONTUÁRIO 89.979
DATA DO ATENDIMENTO 26/08/2016
HORA DO ATENDIMENTO 22:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA PATELA D
CID 10 S 82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, com trauma no joelho há cerca de 24 dias, transferido do Ortopedia pela pactuação, apresentando fratura da patela D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do joelho D - AP e P
RX da mão D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da patela D ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Milton Linhares e Dr. Roberto Santos.

ALTA HOSPITALAR: 04/09/15
DATA DA EMISSÃO: 19/01/16

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM/25161PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SINCOR/PB
07/12/2016



TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

DATA DE NASCIMENTO **28/01/1988** ZONA **077** SEÇÃO **0435**

MUNICÍPIO/UF **JOÃO PESSOA/PB** DATA DE EMISSÃO **28/11/2013**

JUIZ ELEITORAL

Proteção do TSE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DT 1.2.917

Wandiego Waldir Leite Cipriano
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE 00000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Wandiego Waldir Leite Cipriano
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **075.184.474-54** 10 DEZ 2003

NOME **WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO**

FILHO **Waldir José Cipriano**

Mãe **Maria Aparecida Leite Cipriano**

NATURALIDADE **João Pessoa, PB** DATA DE NASCIMENTO **28.01.1988**

DOC. NASCIM **Cert. Nasc. Mat. 309. Fls. 128. Liv. 4. 062. Cart. Mangabeira. João Pessoa, PB**

MUNICÍPIO **João Pessoa - PB**

ASSINATURA DO TITULAR

SINCOR/PB
9887011
41212886

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10220689

A/C: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160742993 ASL-1186503/16
Vitima: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10222367

A/C: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160742993 ASL-1186503/16
Vítima: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº 11162090

a/c: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

Sinistro: 3160742993 ASL-1186503/16
Vítima: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Serviço de Atendimento ao Cliente

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em Letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Wandilson Waldir Leite CiprianoPORTADOR(A) DO RG Nº 3484364EXPEDIDO POR SSPEM 28 / 01 / 88CPF 025134444-54 / CNPJ 000000000-0000-00PROFISSÃO op. de cargoE RENDA MENSAL DE R\$ 180 ()

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wandilson Waldir Leite Cipriano, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 7981 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10638-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Assinatura 21 de março de 2016
LOCAL E DATA

Wandilson Waldir Leite Cipriano
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SINISTRO / P3

04/12/2016

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0000750 DROG FRANCY I 16/09/2016
ITAU
20:00:37 (Horário de Brasília)
*****1102

Saldo N 73020001-1480

BANCO ITAU SALDO DE CONTA CORRENTE
AGEN. 7861 DATA 16/09/16 HORA 20.01 35
CONTA 10858 1 WANDIEGO WALDIR LEITE CI

(+)SDO PROV CTA + APL AUTOM	376,10
(=)SALDO DISPONIVEL P/SAQUE	376,10
(=)VALOR TOTL DISP P/ SAQUE	376,10

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

SINCOR/PE

07/12/2016