



Número: **0813956-04.2022.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/03/2022**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Processo referência: **0852432-24.2016.8.15.2001**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO (AUTOR)		FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76310239	19/07/2023 11:51	Petição	Petição
76310245	19/07/2023 11:51	2883885_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
76310248	19/07/2023 11:51	2883885_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

em anexo



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 07543448454, 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 Líder 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





Autenticação de documento

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

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 02/08/15 HORA: 16:45 L USA: 256 1 USB
OCORRÊNCIA Nº: 57 PACIENTE / USUÁRIO: WAILLEO WALDIR LEITE C. PRADO 91
LOCAL DA OCORRÊNCIA: SÍTIO MARIA SOARES BAIRRO: JARDIM PESSOA MÉDICO REGULADOR:
APOIO NO LOCAL: ☒ FPM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE / PRF ☐ OPTIM ☐ SITTRANS ☒ OUTRO:
OTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	☒ Queda: _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ FAB	☐ OUTRO:
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ 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: HEC 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:

gases, sonda, ST, O2, ECG, glicose, etc.

DADOS VITAIS

VVAA: LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 120 x 80 FC: 98 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com: _____ SpO2s/02: 98 SaO2a/02: _____

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 ☐ Hipertermia ☒ Hipotermia ☒ Integridade da pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☒ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Percepção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Recebi o paciente em estado de consciência alterada, com sinais vitais dentro da normalidade. Foi realizada a avaliação de risco de quedas e de risco de aspiração. Foi realizada a administração de oxigênio por via nasal. Foi realizada a administração de analgésico. Foi realizada a administração de antiemético. Foi realizada a administração de antídoto. Foi realizada a administração de soro. Foi realizada a administração de medicamento. Foi realizada a administração de soro. Foi realizada a administração de medicamento. Foi realizada a administração de soro. Foi realizada a administração de medicamento.

Allyson Franklin da Costa
Enfermeiro
COREN PB 258.775
SAMU-192

SINCRORB

04/12/2016



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 ☐ MÚLTIPLA	☐ PULSO ☒ NORMAL ☐ FRACO ☐ CHEIO ☐ RETENIDO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERFUSÃO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE	☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TOR-GR ☐ 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/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA
☐ 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 VENTRICULAR ☐ SEDAÇÃO ☐ MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLLAR CERVICAL
☒ TALASOTRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

INTERVENÇÕES:

hemorragia de punção e curativo + imobilização de cervical

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

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

POSICIONAMENTO DE TRANSPORTE

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

ECUSA

NOME:

NOME:

RG:

RG:

SINCOR/PR
07/12/2016

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

DOUTOR

CRM:

FERMEIRO(A)

COREN: 257.358

CARIMBO/ASS.:

CARIMBO/ASS.:

AX/TÉCNICO DE ENFERMAGEM





Documento em PDF

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wandiego Waldin Leite Cipriano

RG nº 3184304, data de expedição 28 / 01 / 89

Órgão DSP, 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>501</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



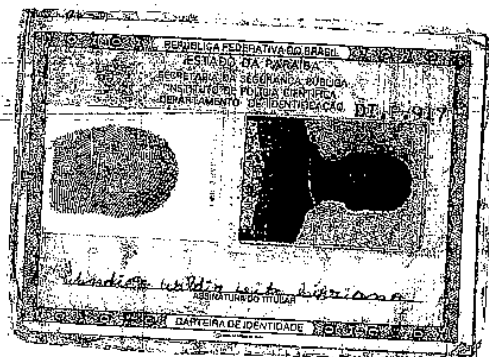
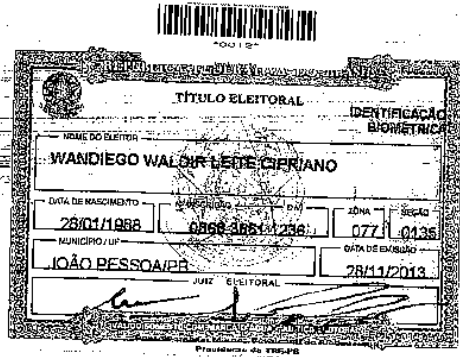


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	
DIREÇÃO TÉCNICA	
LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
DATA DE NASCIMENTO	28/01/88
NOME DA MÃE	MARIA APARECIDA LEITE CIPRIANO
DADOS EXTRAÍDOS	
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/25164PB	

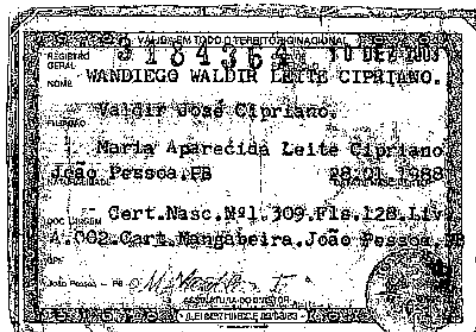
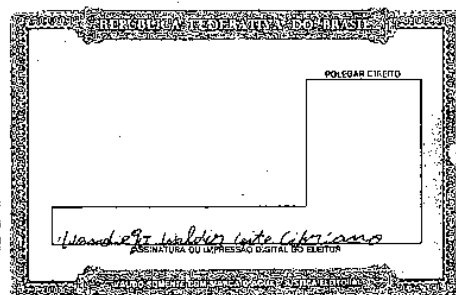
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SINCOR/PB
04/12/2016





SINCOR/PB
14/12/2016



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

Vítima: 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

Pag. 00465/00466 - carta_03



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
Vitima: 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

Pag. 00129/00130 - carta_01



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº 11162090

a/c: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

Sinistro: 3160742993 ASL-1186503/16
Vitima: 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

Pag. 00109/00110 - carta_16

00020055





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA Seguro de Indenização de IMI

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 Waldair Leite CiprianoPORTADOR(A) DO RG Nº 3184364 EXPEDIDO POR SSP EM 28/01/88 ECPF 0050134999-54 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO cap. de cargo

E RENDA MENSAL DE R\$ 200 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wandilson Waldair L. Cipriano, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep 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 aparecem 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) 10658-1

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.

Perseu 21 de março de 2016
LOCAL E DATA

Wandilson Waldair 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.

SISTEMA CORRESP

04/12/2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2023 11:51:34

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071911513378700000071878763>

Número do documento: 23071911513378700000071878763

----- 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 T WANDIEGO VALDIR LEITE CI

(+)SDO PROV CTA + APL AUTOM	376,19
(=)SALDO DISPONIVEL P/SAQUE	376,19
(=)VALOR TOTL DISP P/ SAQUE	376,19

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.

SINCRONIZADO
09/12/2016



**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
4525/2015**

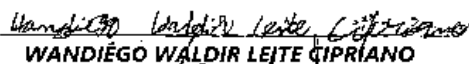
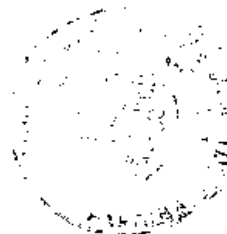
Documento de Identificação

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 **WANDIÉGO 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**, expedido 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 17:00Hdo dia 02/08/2015, NAS PROXIMIDADES DA COMUNIDADE MARIA SOARES, NA CIDADE DE CONCEIÇÃO-PB. SEGUNDO A POLICIA MILITAR, O PUNTO ERA CODUZIDO 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 WANDIÉGO 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.


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

Av. Dom Pedro I, 842, Centro, João Pessoa - PB, telefone 3218-5350



**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
4525/2015**

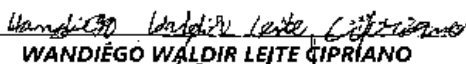
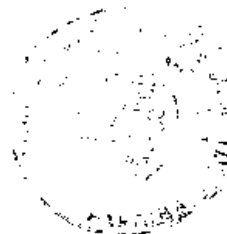
Documento de Identificação

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 **WANDIÉGO 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**, expedido 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 17:00Hdo dia 02/08/2015, NAS PROXIMIDADES DA COMUNIDADE MARIA SOARES, NA CIDADE DE CONCEIÇÃO-PB. SEGUNDO A POLICIA MILITAR, O PUNTO ERA CODUZIDO 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 WANDIÉGO 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.


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

Av. Dom Pedro I, 842, Centro, João Pessoa - PB, telefone 3218-5350



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 07543448454, 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 Líder 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





Autenticação de documento

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

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 02/08/15 HORA: 16:45 L USA: 256 1 USB
OCORRÊNCIA Nº: 57 PACIENTE / USUÁRIO: WAILLEO WALDIR LEITE C. PRADO 91
LOCAL DA OCORRÊNCIA: SÍTIO MARIA SOARES BAIRRO: JARDIM PESSOA MÉDICO REGULADOR:
APOIO NO LOCAL: ☒ FPM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE / PRF ☐ OPTIM ☐ SITTRANS ☒ OUTRO:
OTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	☒ Queda: _____ metros
☐ ELETROCUSCÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ FAB	☐ OUTRO:
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

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

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HEC 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:

oxigênio, soro fisiológico, glicose, insulina, etc.

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 120 x 80 FC: 98 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com: _____ SpO2s/02: 98 SaO2a/02: _____

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 ☐ Hipertermia ☒ Hipotermia ☒ Integridade da pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☒ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Percepção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Recebi o paciente em estado de consciência alterada, com sinais vitais dentro da normalidade. Foi realizada a administração de oxigênio e soro fisiológico. O paciente foi encaminhado para o hospital de destino.

Allyson Franklin da Costa
Enfermeiro
COREN PB 258.000
SAMU-192

SINCOR/PB

04/12/2016



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 ☐ MÚLTIPLA	☐ PULSO ☒ NORMAL ☐ FRACO ☐ CHEIO ☐ RETENIDO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERFUSÃO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE	☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TOR-GR ☐ 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/OTOTRAQUEAL ☐ 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 VENTRICULAR ☐ SEDAÇÃO ☐ MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLLAR CERVICAL
☒ TALASSOTOMIA ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

INTERVENÇÕES:

hemorragia de punção e curativo + imobilização da 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)

RECUSA

NOME:

NOME:

RG:

RG:

SINCOR/PR
07/12/2016

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

DOUTOR

CRM:

FERMEIRO(A)

COREN: 257.358

CARIMBO/ASS.:

CARIMBO/ASS.:

EX/TECNICO DE ENFERMAGEM





Doc. eletrônico nº 76310245

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wandiego Waldin Leite Cipriano

RG nº 3184304, data de expedição 28 / 01 / 89

Órgão DSP, 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>501</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

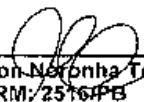
Assinatura do Declarante

SINCOR/PB

07/12/2016



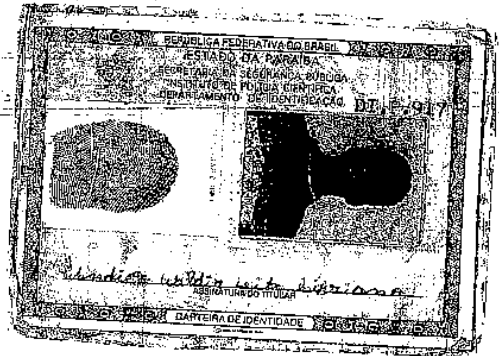
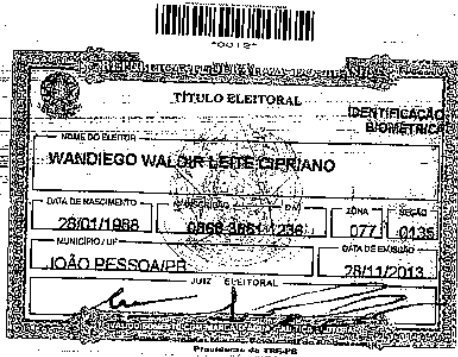


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	
DIREÇÃO TÉCNICA	
LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO
DATA DE NASCIMENTO	28/01/88
NOME DA MÃE	MARIA APARECIDA LEITE CIPRIANO
DADOS EXTRAÍDOS	
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: 25164/PB	

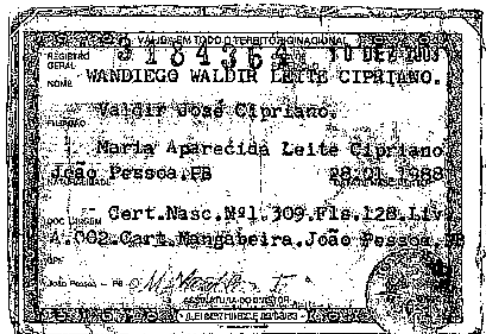
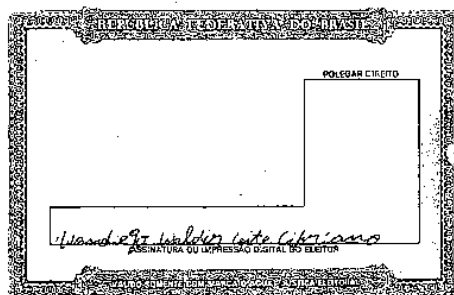
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SINCOR/PB
04/12/2016





SINCOR/PB
14/12/2016



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

Vítima: 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

Pag. 00465/00466 - carta_03



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
Vitima: 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

Pag. 00129/00130 - carta_01



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº 11162090

a/c: WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO

Sinistro: 3160742993 ASL-1186503/16
Vitima: 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

Pag. 00109/00110 - carta_16

00020055





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 Waldair Leite CiprianoPORTADOR(A) DO RG Nº 3184364EXPEDIDO POR SSPEM 28/01/88CPF 0050134999-54 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO cap. de cargo

E RENDA MENSAL DE R\$ 200 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wandilson Waldair L. Cipriano, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep 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 aparecem 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) 10658-1

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.

Perma 21 de março de 2016
LOCAL E DATA

Wandilson Waldair 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.

SISTEMA CORRESP

04/12/2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2023 11:51:34

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071911513378700000071878763>

Número do documento: 23071911513378700000071878763

----- 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 T WANDIEGO VALDIR LEITE CI

(+)SDO PROV CTA + APL AUTOM	376,19
(=)SALDO DISPONIVEL P/SAQUE	376,19
(=)VALOR TOTL DISP P/ SAQUE	376,19

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
09/12/2016





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08139560420228152001

BRADESCO SEGUROS S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WANDIEGO WALDIR LEITE CIPRIANO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 de julho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2023 11:51:35
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071911513528400000071878766>
Número do documento: 23071911513528400000071878766