

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Nº Sinistro: 3180408191

Vitima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180408191**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Nº Sinistro: 3180408191

Vitima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180408191**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Nº Sinistro: 3180408191

Vitima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180408191**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

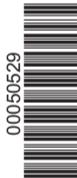
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Nº Sinistro: 3180408191

Vitima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180408191**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180408191

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

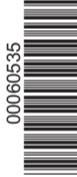
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180408191

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180408191

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180408191

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

091.375.664-40

Nome completo da vítima

David Wendell da Silva Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
David Wendell da Silva Leite 091.375.664-40	091.375.664-40	Revisor ou Produtor
Endereço	Número	Complemento
Osvaldo Cruz	75	
Bairro	Estado	
Imaculada	PR	
Email	CEP	
alexandracesarduarte@hotmail.com	58309-490	
	Telefone (DDD)	
	99105-5363	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº: 3931

D/V

CONTA

Nº: 00032452

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Bayeux, 22 de fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

091 375.664.40

Nome completo da vítima

David Wendell da Silva Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Wendell da Silva Leite	CPF titular da conta 091 375.664.40	Profissão Revisor
Endereço R. Projetada	Número 456	Complemento
Bairro Jardim Aeroporto	Cidade Bayeux	Estado PB
Email Eduardasilva@hotmail.com	CEP 583.09-490	Telefone (DDD) (83) 98660-2858

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 103 11 D/V CONTA NRO. 32452 0
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO
Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V CONTA NRO. _____ D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Bayeux, PB, 11 de maio

de 2018.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:29:53

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:29:53

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:29:53

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 0

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:29:53



ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:29:53



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00328.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00328.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:22 horas do dia 22 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **David Wendell da Silva Leite**, CPF nº 091.375.664-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Revisor de Projetos, filho(a) de Gizélida Ferreira da Silva e José Eraldo Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 15/04/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Osvaldo Cruz, N° 71, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Feira de Bayeux, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98791-1880.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Marechal Rondon, Praça do Alto da Boa Vista, Bayeux/PB, bairro Jardim Aeroporto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/05/17 08:32h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 26/05/2017, por volta das 08:32 horas, quando transitava na AV. Marechal Rondon, Jardim Aeroporto em Bayeux PB, com o veículo: tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA POP 110 I , ano e modelo:2017 de cor: Vermelha de placa:QFE: 0633/pb, chassi nº 9C2JB0100HR510802, registrada em nome de Giselda da Silva Gabriel, CPF nº 753.679.044-91;QUE, segundo o notificante estaria fazendo a manobra no girador, do endereço acima citado, quando um veículo, tipo Nissan Frontier de cor branca de placas NPW 8601/PB, fez uma manobra errada, sem esperar a sua vez, e colidiu com o notificante, sendo que este prestou socorro ao notificante;QUE devido ao impacto o notificante veio ao solo e se lesionando, sendo socorrido pelo corpo de bombeiro, conforme certidão de ocorrência 202/2017, sendo socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão nº 0966/2017, e ficha de atendimento ambulatório nº 325338., datado de 24/julho de 2017, assinado pela médica da ~~Vigilância~~ a saúde-CRM/PB 2959. Não quer representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 22 de fevereiro de 2018

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Noticiante



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **DAVID WENDELL DASILVA LIGITE** | CPF da Vítima **091.375.669-40** | Data do Acidente **26-05-17**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Barreiro 22 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO
17 MAR. 2018
COMPENSAÇÃO
ROSENMEYER



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Wander Wendell da Silva Seite

CPF da Vítima

09137566440

Data do Acidente

09/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

001/001 00.11 de maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 13/06/17

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 06 de junho de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º 202/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 26/05/2017, conforme requerimento nº 190/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 08h32min o/a Sr.(a) **DAVID WENDELL DA SILVA LEITE** CPF: 091.375.664-40, vítima de acidente (colisão (carro x moto)), socorrido na Av Marechal Rondon, Jardim aeroporto - Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AP-47 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA**, Matrícula: 514.900-2. Ao chegar ao local constatou que a vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com uma possível luxação no membro inferior e abrasão na mão e cotovelo esquerdo. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Buriti.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SD BM Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josmene B. dos Santos
TEN COM BM- 517240-3
Chefe da 3ª Seção

COMUNICADO
12 MAR. 2018
ROSENNEVIA
PROTÓCOLO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1989
FAX: () CNPJ: ()

Ficha Nr: 101750 Atd: Nao Regula
Data: 10/02/2018
Hora: 01:00:56
Repcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3586861 Fone: 987533329
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/04/1993 Id: 24 ano(s)

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.02.001347

End.: RUA OSVALDO CRUZ, 71 SUS: 206601836380018

Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: GIZELDA FERREIRA DA SILVA

Pai: JOSE ERALDO LEITE

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO (A)

Ocupação: REVISOR SEM ESPECIFICACAO (COM SEG.GRAU)

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Tele/Doc. Responsavel: 987533329 / IDENTIDADE: 3586861

Pedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO+CARRO HJ AS

Vitima de violência por: 00:20, NA RUA TREZE DE MAIO NO CENTRO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARRELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

Aparentemente Bem Grave

FC: TP:

Politraumatizado Convulsao

Peso: Altura:

Hemorragia Dispnéia

Glicemias: IMC:

Diarreia Agitado

Circ. Abd: O2%:

Regular Chocado

Vomito

Observações: **COMPRE**

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

paciente vitima de acidente moto carro com
trauma em punho

Prescrição

Horário da medicacão

460 h. a m. - m. G.
avol oxido de antimonio
colagen - vfr fr
n.

05.27 glaucone
oren 202201

Ono Pema

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:21:12

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

0tde! Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

 ASL-0286106/18	
COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
04/09/2018 09:21:18	
93 JUL. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido
 Alta a pedido Enfermaria

Resistencia UTI

Obito: [] Desistencia [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

CTC RECIFE PE PL7

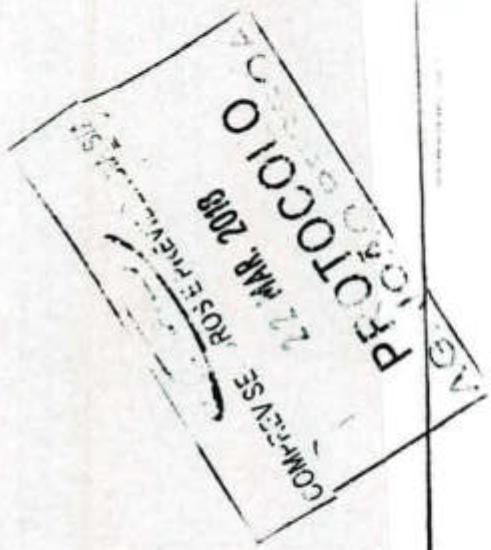
GIZELDA DA SILVA GABRIEL
RUA OSVALDO CRUZ 71 CASA
IMACULADA
58309-490 BAYEUX PB



7210123172679120000000195630100118

Juros por Atraso





ALEXANDRA CESAR DIARTE
Av. MARIBONSA, 10668
VANUCA
55330-460 JOA PESSOA PB

Código 157

Vencimento

25/09/2017

194,64

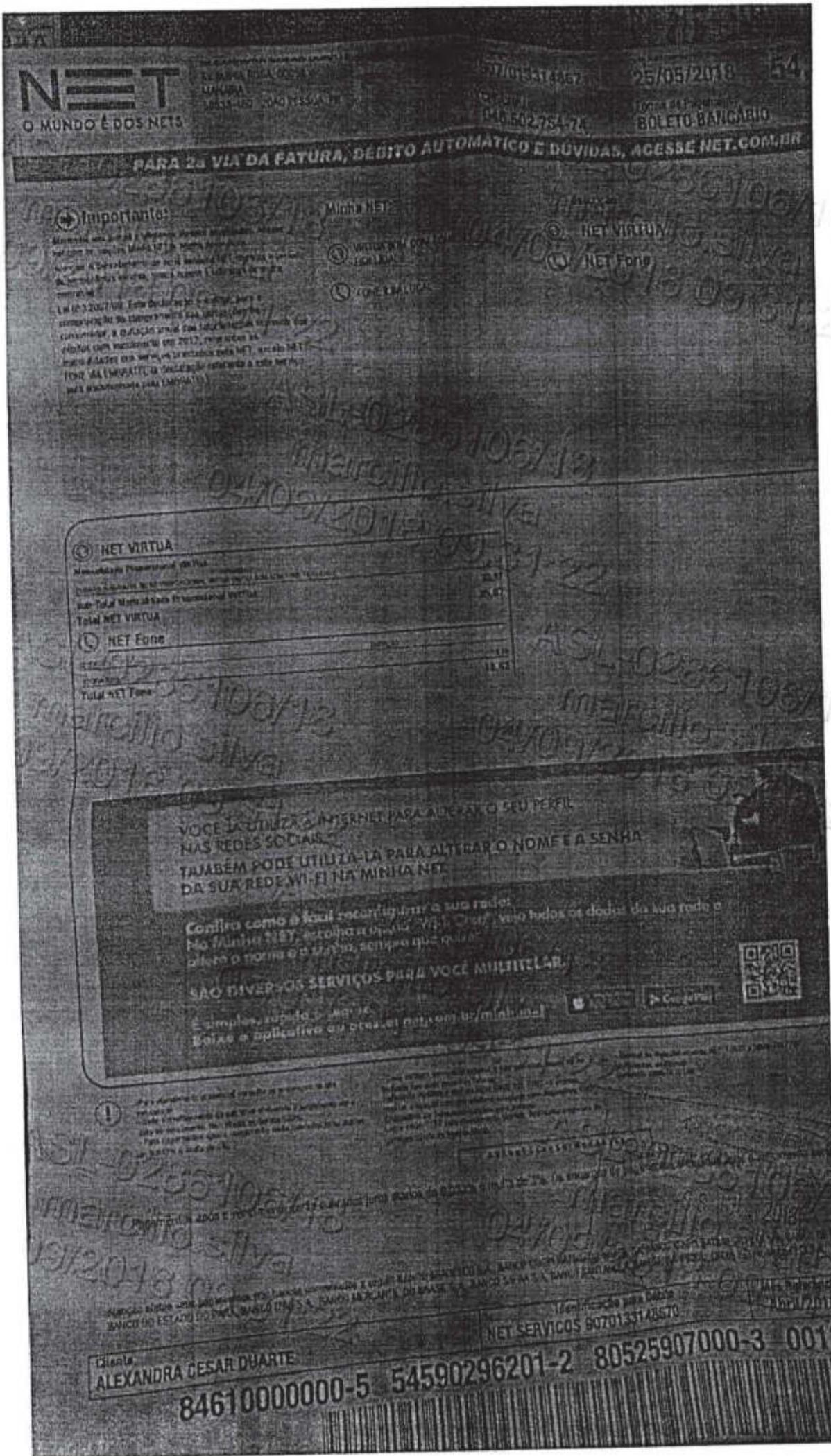
Forma de Pagamento

BOLETO BANCÁRIO

046.502.754-74

Minha NET:

Importante:
• Fazemos a cobrança automática a cada 00:00h.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408191 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: FEITA REANÁLISE.CONDUTA MANTIDA.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR NESSE MESMO SEGMENTO: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM 25%. SINISTRO ATUAL 0%. VALORADO ANTERIORMENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário David Wendell da Silveira Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.375.664-40, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima David Wendell da Silveira Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.375.664-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rose</u>	Número <u>58</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Mamoinha</u>	Cidade <u>Das Russas</u>	Estado <u>Pr</u>
Email <u></u>	Telefone comercial(DDD) <u></u>	Telefone celular (DDD) <u>58038-460</u>

_____, _____ de _____ de _____
Alexandra Cesar Duarte
 Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário David Wendell da Silva Teite inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.375.664-40 do sinistro de DPVAT cobertura univárida da Vítima David Wendell da Silva Teite inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.375.664-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Maria Rosa</u>		<u>58</u>	
<u>Me manha</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>
<u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u> <u>98660-2858</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u> <u>98663-4900</u>	

João Pessoa 26 de Junho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gizelda da Silva Gabriel,
RG nº 352 8899, data de expedição 16/01/2013
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 753.679.044-91 com
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Osvaldo Cruz, nº 71,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima David Wendell Silva Leite cujo o condutor era
David Wendell da Silva Leite

Veículo: moto
Modelo: HONDA POP

Ano: 2017
Placa: QFF-0633/PB

Chassi: 9C9J3B0100HR510802

Data do Acidente: 26-05-17

Local e Data: 22/02/2018

Gizelda da Silva Gabriel

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial

Angela Mireles C. Caetano
Rosângela C. Caetano Mireles
Substituta Ângela Mireles Caetano

Av. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58306-001 - Tel: (083) 3232-2209

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

GIZELDA DA SILVA GABRIEL, substituta de Rosângela Mireles Caetano

Substituta de Rosângela Mireles Caetano

Em test. da verdade, Bayeux-PB 22/02/2018 15:32:13

Rosângela Caetano C. Mireles - Substituta

C/2018-0009851EMDL:R\$ 19,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGM54395-KEFI

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:26:21

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gizilda da Silva Gabriel,
RG nº 3528.899 data de expedição 06/01/2018

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 75367904491 com

domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Oswaldo Cruz, nº 71,

complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima David Wendell, cujo o condutor era

David Wendell da Silva bebe

Veículo: MOTO

Modelo: POP 110

Ano: 2017

Placa: 04506351PB

Chassi: 9C2Y0300HR530802

Data do Acidente: 09/02/2018

Local e Data: Granadino 1800 da 6000

Assinatura do Declarante

Gizilda da Silva Gabriel

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

CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO

2º Ofício Notarial



Av. LIBERDADE, 436, BAYEUX - PB, CENTRO / CEP: 58006-001 - Tel: (83) 3232-2290

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
GIZELDA DA SILVA GABRIEL

En test da verdade. Bayeux-PB 19/02/2018 11:15:54

Joseneide Gonçalves da Costa Santos - Escrivente

[2018-000067]EMI:R\$ 9,48 FAPP:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGN15701-0488

Confira a autenticidade em <https://selodigital.mtj.mt.gov.br>

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:26:21

COMPRE
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
93 186. 2018

04/09/2018 09:26:21
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Ficha Nr: 32538

Atd: Nao Regulac

Data: 26/05/2017

Hora: 09:21:30

Repcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: DAVID WENDEL LDA SILVA LEITE

Num. Prontuario: 2017.05.003649

CNS: 206601836380018 Sexo: M IDENTIDADE: 2586861 Fone: 988563766

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/04/1993 Id: 24 ano(s)

End.: RUA OSVALDO CRUZ, 71

Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: GIZELDA FERREIRA DA SILVA

Pai: JOSE ERALDO LEITE

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: ESTUDANTE

Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: PAI RESPONSAVEL

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: PACIENTE VEIO NOS BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CABRÓ JARDIM AEUROPORTO

Vitima de violencia por: PROX DO GIRADOURO HJ AS 8/10 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO CARRO X moto.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito
Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de trauma automobilístico (colisão carro x moto), com capacete de disfarce, perda da consciência e náuseas. Ao exame físico: via aérea livre, respiração indolor da cervical, Alergopatia com alterações FR: 16 bpm; ACV: bem maior EC: 84 bpm, com sinais de alterações neurogênicas (pupila heterorrítmica e heteropágica), edema em torno do olho direito e com mobilização comprometida e escoriações em membro superior direito.

Diagnóstico: Edema em torno do olho direito e com mobilização comprometida e escoriações em membro superior direito.

Conclusão: Alta da cirurgia

A ortopedia

Prescrição

Horário da medicacão

- Rx de torax AP

Exame de sangue

Dr. David Ferreira da Silva
CIRURGICO-ORTOPEDICO
CRM/PB 10641

HORA TEP601A

- Paciente com hister - 2 - evidente de trans - - -
LX com Austeria de 5 dias de protra - - -
men caso.

CD: Linyega + curativa
- Tilatil 01 mg (G)
Dapivasa 20 mg (G)

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Alta a pedido.

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MEDICO
CRM RN 8498

Dr. Gerson

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
				COMO SE NAO PREVISTO
				22 MAR. 2013
				PROTOKOLO
				AG. JOAO S. MARIA

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

0301010072

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030101006056
0301010098

PatientID: 000000089489
Name: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE
Sex: Masculino
BirthDate: 15.04.1993
Age: 25a.

StudyDate: 27.02.2019

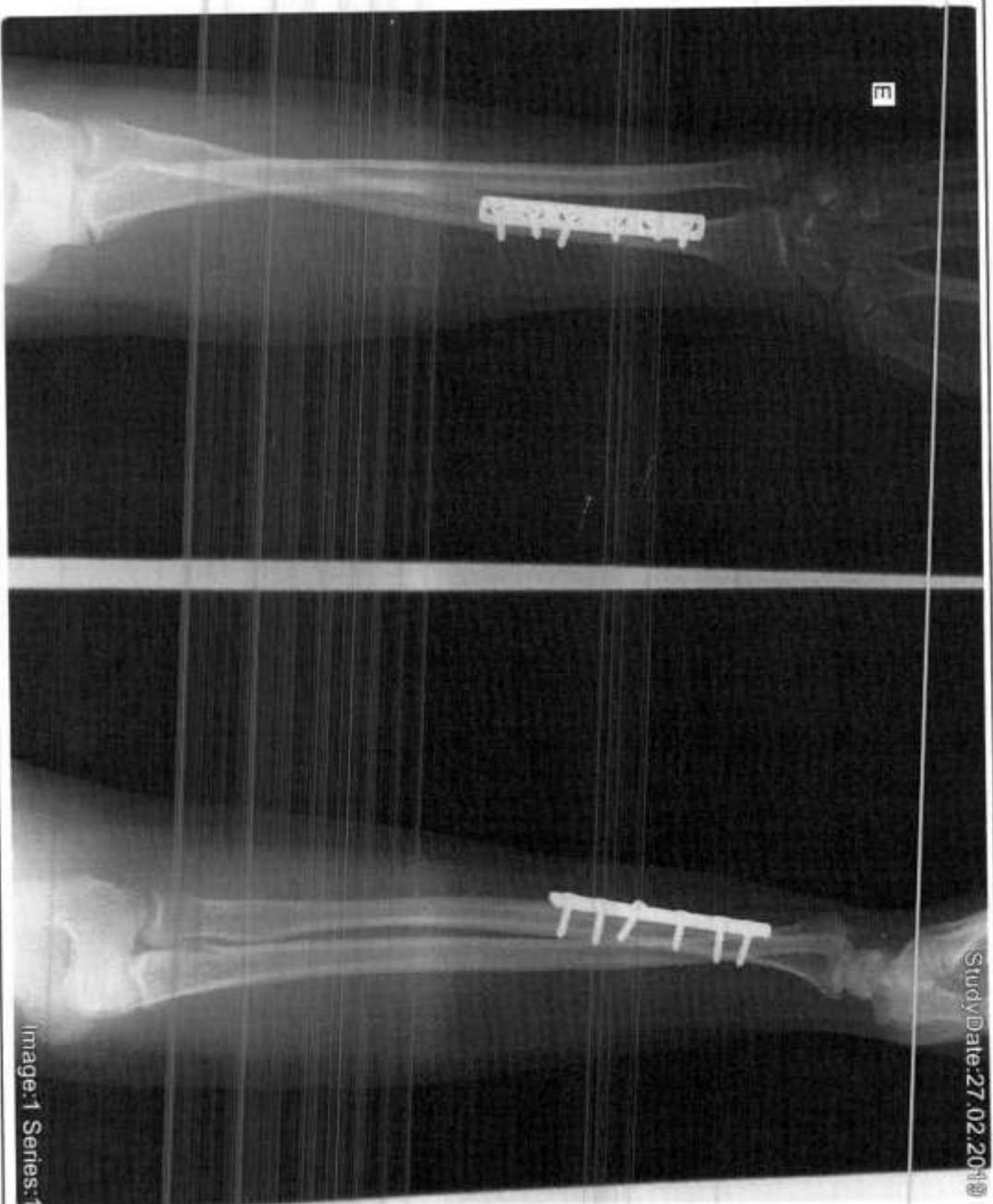
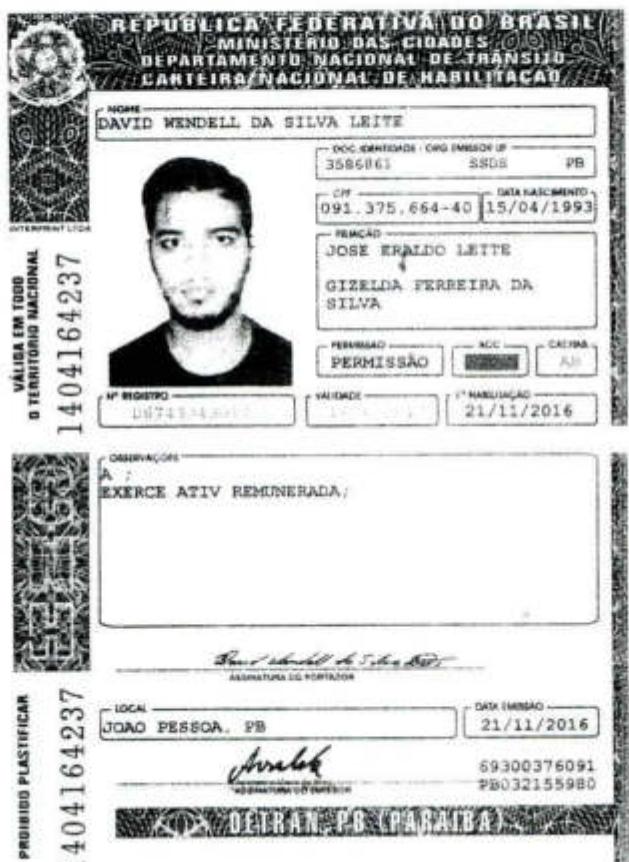


Image:1 Series:1







07833220

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular da Carteira

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO

FIÉM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
- O A B -

O documento de identidade
profissional, na forma prevista no
Regulamento Geral, é de uso
obrigatório no exercício da atividade
do advogado ou de estagiário e
constituirá prova de identidade civil
para todos os fins legais.
(Art. 23 da Lei nº 6.905, de 04/07/1980)

FIÉM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

Conselho da Seção da

da Paraíba

Identidade
14428
Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Flagras
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE & MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade
RIO DE JANEIRO-RJ
Nacionalidade
BRASILEIRA
Data de Nascimento
21/06/1982
Data de Incorporação na OAB
17/12/2008

Data de Incorporação
30/07/2007
Data de Incorporação
12/01/2009

COMITÊ SE
PROTÓCOLO
11 MAR. 2010
ROSENMEIER

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:29:04

ASL-0286106/18
marcilio.silya
04/09/2018 09:29:04

ASL-0286106/18
marcilio.silva
04/09/2018 09:29:04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323163/18

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

CPF: 091.375.664-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/02/2018

Titular do CPF: DAVID WENDELL DA
SILVA LEITE

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

*Recadantro
3180408191*

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

DAVID WENDELL DA SILVA LEITE : 091.375.664-40

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

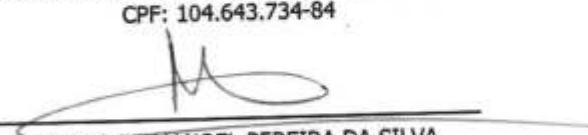
JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84


MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

Sinistros

Detalhe de Sinistro

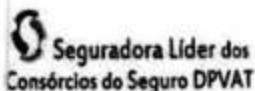
Sinistro	Histórico	Visualizar
Data	Ação	Comentários
03/09/2018 11:57	Cancelar processo	Sinistro cancelado por Grazielle de Oliveira Santos (ITAU SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.) devido a inconsistência de campos chave.
03/09/2018 10:26	Distribuir	Grazielle de Oliveira Santos (ITAU SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.) encaminhou a regulação do sinistro para Grazielle de Oliveira Santos
30/08/2018 22:34	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.
30/08/2018 17:32	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa . Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: MARCELA DO CARMO DE LIMA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0318304/18
29/08/2018 16:06	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE CPF: 09137566440 CPF de: Próprio Titular do CPF: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE Data de nascimento: 15/04/1993 Data do sinistro: 09/02/2018

 Exibir Documentos

 Cancelar



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323163/18

Número do Sinistro: 3180408191

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

CPF: 091.375.664-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/02/2018

Titular do CPF: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408191 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180139982 EM NÍVEL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

AMD'S REALIZADAS EM: 18/09/2018, 02/10/2018 E 06/12/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408191 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: FEITA REANÁLISE. CONDUTA MANTIDA.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR NESSE MESMO SEGMENTO: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM 25%. SINISTRO ATUAL 0%. VALORADO ANTERIORMENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total		0 %	R\$ 0,00	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408191 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR NESSE MESMO SEGMENTO: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM 25%. SINISTRO ATUAL 0%. VALORADO ANTERIORMENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408191 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180139982 EM NÍVEL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

AMD'S REALIZADAS EM: 18/09/2018, 02/10/2018 E 06/12/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408191 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR NESSE MESMO SEGMENTO: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM 25%. SINISTRO ATUAL 0%. VALORADO ANTERIORMENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408191 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180139982 EM NÍVEL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408191 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180139982 EM NÍVEL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

David Wendell da Silva Leite, brasileiro(a), estado civil sócio, profissão revisor de Projetos, CI RG nº 3586861, CPF/MF nº 091.375.669-40, residente e domiciliado(a) à Rua Osvaldo Cruz, 71 - Imaculada, Cidade de Bayeux, Estado Paraíba, CEP: 58309-490, telefone 83-98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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



Bayeux, 22 de fevereiro de 2018.

David Wendell da Silva Leite

OUTORGANTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

David Wendell da Silva Bork
brasileiro(a), estado civil sóteiro, profissão
revisor, CI RG nº 3586861
CPF/MF nº 09137566440, residente e domiciliado(a) à Rua
2. Projeto da, 456 JD Aeroporto Bayeux.
Cidade de Bayeux, Estado
Pará, CEP: 68309490, telefone
(63) 98660 2858, 98663 4400.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

Bayeux, PB 31 de maio 2018

OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323163/18

Número do Sinistro: 3180408191

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

CPF: 091.375.664-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/02/2018

Titular do CPF: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/03/2019

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

Data do cadastramento: 14/03/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323163/18

Número do Sinistro: 3180408191

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

CPF: 091.375.664-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/02/2018

Titular do CPF: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE
CPF: 091.375.664-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323163/18

Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

CPF: 091.375.664-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/02/2018

Titular do CPF: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

DAVID WENDELL DA SILVA LEITE : 091.375.664-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA