

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**

Carta nº 13344845



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**



---

**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



---

**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



---

**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



---

**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 David Wendell da Silva Leite	CPF titular da conta 091.375.664-40	Profissão Supervisor de Prod
Endereço Ouro Preto	Número 13	Complemento
Bairro Imaculada	Cidade Bayer	Estado PR
Email alexandracasarduarte@hotmail.com	CEP 58309-490	Telefone (DDD) 9905-5363

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"/> RECUSO INFORMAR <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"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 3.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
AGÊNCIA NRO. 1931 D/V CONTA NRO. 00032452 D/V	BANCO NOME AGÊNCIA NRO. D/V

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.

Bayer, 22 de fevereiro de 2018

Local e Data

*David Wendell da Silva Leite*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

093 375.664.40

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	093 375.664.40	Revisor
Endereço	Número	Complemento
Q. Pugstada	456	
Bairro	Cidade	Estado
Jardem Aeroporto	Bayeux	PB
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
eduardasilva@hotmail.com	583 09 490	(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**

☒ RECUSO 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)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Tipo

AGÊNCIA

Nº

1911

D/V

CONTA

Nº

32452

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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 PB, 11 de maio de 2018.

Local e Data

*David Wendell da Silva Leite*

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

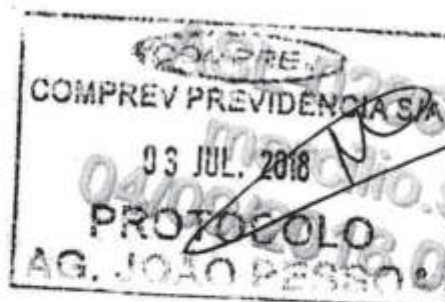
ASL-0286106/18  
marcilio.silva  
04/09/2018 09:29:53

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







**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 Nº 00328.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: 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 Gizêlda 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, Nº 71, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Feira de Bayeux, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98791-1880.

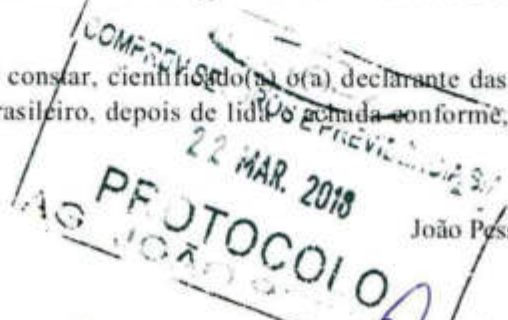
**Dados do(s) Fatos:**

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 socorro 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 ambulatorial nº 325338, datado de 24/julho de 2017, assinado pela médica da Vigilância à saúde-CRM/PB 2959. Não quer representar criminalmente.

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



João Pessoa/PB, 22 de fevereiro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

  
DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Notificante



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 LEITE

CPF da Vítima

091.375.664-40

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.

Batavia, 22 de fevereiro de 2018

Local e Data

*David Wendell da Silva Leite*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**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

Marcos Wendell da Silva Leite

CPF da Vítima

09137566440

Data do Acidente

09/02/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Dedaro, 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 a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou renúncia para os fins 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.

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Boqueir PB 11 de maio de 2018

Local e Data

*[Assinatura]*


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 Nº. 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)), ocorrido na Av Marechal Rondon, Jardim aeroporto - Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-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 Burty.

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.

  
Josinete B. dos Santos  
TEN OCM 517240-37  
Chefe da 3ª Seção

COMPROVANTE  
22 MAR. 2018  
PROJETO COI O



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphpb@bombeiros.pb.gov.br



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) 3214-19PQ  
FAX: ( ) CNPJ:

Ficha Nr: 101750 Atd: Nao Regula  
Data: 10/02/2018  
Hora: 01:00:56  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES I  
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)  
End.: RUA OSVALDO CRUZ, 71 SUS: 206601836380018  
Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB  
Mae: GIZELDA FERREIRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2018.02.001347

Pai: JOSE ERALDO LEITE

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: REVISOR SEM ESPECIFICACAO (COM SEG. GRAU)

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Tel/Doc. Responsavel: 987533329 / IDENTIDADE: 3586861

Pedencia: RUA

Estado Civil: CASALO(A)

Transporte utilizado: SAMU

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

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

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 JUL 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Causa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO MOTO COM  
TRAUMA EM PUNHO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*paciente vitima de acidente moto/carro com trauma em punho*  
*amputação de 1º e 2º metacarpais*  
*diagnóstico de fratura de 1º e 2º metacarpais*

Prescrição

Horario da medicacao

*400mg de analgésico + 100mg de G.  
analgésico de 4 em 4 horas  
Vitaminas - Vit B1 e Vit C  
etc.*

*25.27 glauciane  
avril 2018*

# ONCOLOGIA

# FRATURA DIAPHRAGMÁTICA RÁDIO ELK

Internamento p/ cirurgia

Ampliação + Rotação

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

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

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
93 JUL 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria

☐ Desistência ☐ UTI  
Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



CTC RECIFE PE PL7

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



7210123172679120000000195630100118

Juros por Atraso





COMPRESE ROSETHIENE  
22 MAR 2018  
PROTÓCOLO

ALEXANDRA CESAR DUARTE  
AV MARIA ROSA 1608B  
MANAUA  
58113-140 JOAO PESSOA PB

Código NET  
907/013314867  
CPF/CNPJ  
046.502.754-74

Vencimento  
25/09/2017  
Forma de Pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

Valor  
194,64

VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.BR

Importante:

Minha NET:

Para mais informações consulte o site







# 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:** 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:**

Karla Souza



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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Silva Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.375.664-40 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima David Wendell da Silva 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 a 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. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Mamão</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data  
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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 José Eduardo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.535.024-91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário David Wendell da Silva Leite, inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 091.375.664-40, do sinistro de DPVAT cobertura invalida da vítima  
David Wendell da Silva 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

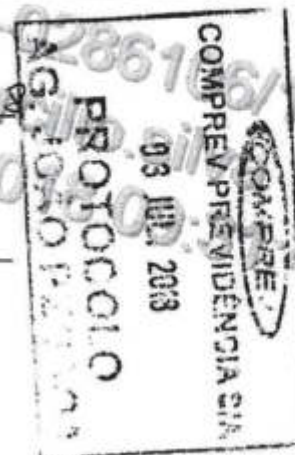
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Meimão</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58038-460</u>
E-mail <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98660-2858</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa 25 de Junho de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gizelda da Silva Gabriel,  
RG nº 3528899, data de expedição 16/01/2013  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 753.679.044-91, com  
domicílio na cidade de Batista, 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  
mencionado 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: 9C2JB0100 HR 510802  
Data do Acidente: 26-05-17  
Local e Data: Rua Pires, 22-02-18

→ Gizele da Silva Gomes  
Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO**  
2º Ofício Notarial  
Angela Meireles C. Caetano  
R. Adm.  
Rosaângela C. Caetano Meireles  
suas filhas: Angélica, Rosângela e Caetano

Av. LIBERDADE, 456, BAYEUX-PB CENTRO / CEP: 58306-001 - Tel: (83) 3232-2200

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....  
GIZELDA DA SILVA GABRIEL  
.....  
Em test.da verdade. Bayeux-PB 22/02/2018 15:32:13  
Rosaângela Caetano C. Meireles - Substituta  
[2018-000985]EML:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AGM54395-KEFI  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gizilda da Silva gawriel  
RG nº 3528.899 data de expedição 16/01/2013  
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: osvaldo 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  
vítima David Wendell, cujo o condutor era  
David Wendell da Silva Leite

Veículo: MOTO  
Modelo: POP 110

Ano: 2017

Placa: 04506331PB

Chassi: 9C280100HR510802

Data do Acidente: 09/02/2018

Local e Data: Quiladouro sítio da Boa Vista (Bayeux)

Gizilda da Silva gawriel  
Assinatura do Declarante

David Wendell da Silva Leite

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: 58206-001 - Fone: (83) 3292-2290  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: GIZILDA DA SILVA GABRIEL  
Em test. da verdade. Bayeux-PB 19/02/2018 11:15:54  
Joseneide Gonçalves da Costa Santos - Escrevente  
[2018-000867] EML:R\$ 19,48 FAPFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AEM15701-0ABQ  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.jus.br>

COMPREENSÃO  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PREFEIT MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO TALAR 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  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DAVID WENDEL LDA SILVA LEITE

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

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FAI RESPONSÁVEL

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

Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.05.003649

**FATURADO**

Pai: JOSE ERALDO LEITE

Estado Civil: CASADO(A)

Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO

Transporte utilizado: PACIENTE VEIO NOS BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO XCABRO JARDIM AEUROPORTO

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

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Cemitério Mourão do Vitorregu  
Téc. de Enfermagem  
COREN 15 347.230

Queixa Principal

colisão carro x moto.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vômito  
Observação

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma automobilístico (colisão carro x moto), com capacidade diminuída, perda da consciência e vômitos. Ao exame físico: via aérea pat. mobilização indolor da cervical, Auscultação com alarpeix FR: 16 lpm; ACV: 120 bpm; FC: 84 bpm. Auscultação de alarpeix neurológicos (pupila isocóricas e reações). Edema em tornozelo direito e com mobilização comprometida e escoriações em membro superior direito.

Conduta  
Alta da cirurgia  
A ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao

- Rx de torax AP

Felhe D e tornozelo D

Dr. David F. Silva  
Cirurgião Geral  
CRM 10541



#0A70P6014

- Paciente com história de acidente de trânsito -  
LX com Ausência de sinais de protrusão  
na região.

CO: Limpeza + curativa  
- Tilatil 01 mg @  
Dipirona 01 mg @

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Alta a pedido

Dr. Eneas P. Bessa Neto  
MÉDICO  
CRM RN 8498

Dr. Gerson

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
				COMPREYSE ROSE PREVENÇÃO DE 22 MAR. 2013 PROTOCOLO A. JOÃO B. SILVA

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

0301010072

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residência [ ] Transferido [ ] Desistência [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

0301010072  
0301010072

PatientID: 000000089489  
Name: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Sex: Masculino  
BirthDate: 15.04.1993  
Age: 25a.



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
19 MAR. 2019  
PROTUG  
AG. JOÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
<div>  </div>	
<b>NOME</b> DAVID WENDELL DA SILVA LEITE	
<div> <div> <b>DCC (ENTIDADE / CNO EMISSOR)</b>            3586061 SSDB PB         </div> <div> <b>CPF</b>            091.375.664-40         </div> <div> <b>DATA NASCIMENTO</b>            15/04/1993         </div> </div>	
<div>  </div>	
<b>REMAC</b> JOSE ERALDO LEITE GIZELDA FERREIRA DA SILVA	
<div> <div> <b>PERMISSÃO</b>            PERMISSÃO         </div> <div> <b>ACC</b>  <input checked="" type="checkbox"/> </div> <div> <b>CATRIA</b>            A/B         </div> </div>	
<b>Nº REGISTRO</b> 1404164237	
<b>VALIDADE</b> 21/11/2016	
<b>OBSERVAÇÕES</b> A: EXERCE ATIV REMUNERADA;	
<div>  </div>	
<b>LOCAL</b> JOAO PESSOA, PB	
<b>DATA EMISSÃO</b> 21/11/2016	
<div>  </div>	
<b>DETRAN - PB (PARAIBA)</b>	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1404164237

PROIBIDO PLASTIFICAR

1404164237

COMPRO SE ROSE FERREIRA DA SILVA  
 22 MAR. 2018  
 PROTOCOLO  
 1404164237





07833220

*Alexandra Cesar Duarte*  
Assinatura do Titular da Carteira



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição  
**046.502.754-74**

Nome  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nascimento  
21/06/1982

# CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN 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 de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.

(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

CONSTITUÍMOS O BRASIL

Estado do Rio Grande do Sul

da Paraíba

Inscrição Nº

14438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/06/1982

Data de Compromisso no OAB

17/12/2008

Data de entrega do documento

30/07/2007

Data de Expiração

12/01/2009

*Jose Mario Porto Junior*  
JOSE MARIO PORTO JUNIOR  
PRESIDENTE

COMPROVANTE  
PROTÓCOLO  
22-MAR-2010  
ROSE FRIEDMAN



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

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

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

DOC. IDENTIFICAD. DO DETENTADOR  
3586861 SSDB PB

CPF  
091.375.664-40 DATA NASCIMENTO  
15/04/1993

REMACAO  
JOSE ERALDO LEITE  
GISELDA FERREIRA DA SILVA

PERMISSAO  
PERMISSAO ACC OUTRA  
N

VP REGISTRO  
3674114 VALIDADE  
21/11/2016

OBSERVACOES  
EXERCE ATIV REMUNERADA:

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO  
21/11/2016

69300376091  
98032155980

DETRAN, PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1404164237

PROBIS PLACETINHA  
1404164237

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

COMPREENDENCIA  
33 JUL 2018  
PROTOCOLO

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

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

ASL-0286106/18  
marcilio.silva  
04/09/2018 09:31:59

ASL-0286106/18  
marcilio.silva  
04/09/2018 09:31:59

ASL-0286106/18  
marcilio.silva  
04/09/2018 09:31:59

05701485



OAB



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOAO PESSOA-PB

1.054.562-5 SSP/PB

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018

15/04/2018


ASL-0286106/18  
marcilio.silva  
04/09/2018 09:31:59

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
05 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

ASL-0286106/18  
marcilio.silva  
04/09/2018 09:31:59

ASL-0286106/18  
marcilio.silva  
04/09/2018 09:31:59

# 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

## 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](http://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

Data	Ação	Comentários	Visualizar
03/09/2018 11:57	Cancelar processo	Sinistro cancelado por Grazielle de Oliveira Santos (ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.) devido a inconsistência de campos chave.	
03/09/2018 10:26	Distribuir	Grazielle de Oliveira Santos (ITAÚ 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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID WENDELL DA  
SILVA LEITE

### 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](http://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: 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 solteiro, profissão  
revisor de projetos, CI RG nº 3586861,  
CPF/MF nº 091.375.664-40, residente e domiciliado(a) à Rua  
Osvaldo Cruz, 71 - Imaculada,  
Cidade de Bayeux, Estado  
Paraíba, CEP: 58309-490, telefone  
83-98663-4900, 99105-5363.

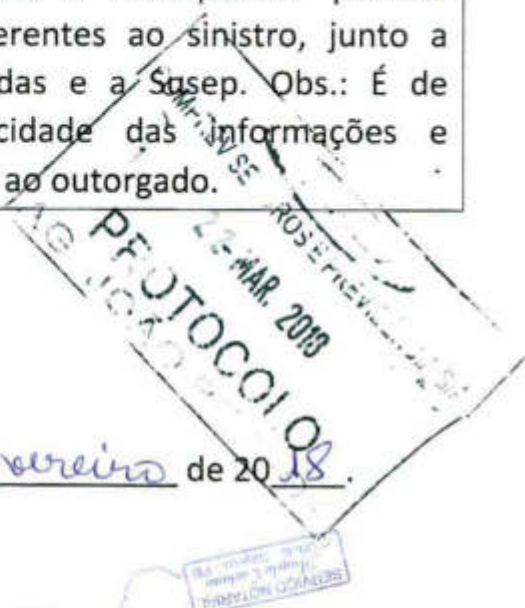
OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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 Susep. 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 Berk  
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão revendedor  
 CI RG nº 3586861  
 CPF/MF nº 091375664-40, residente e domiciliado(a) à Rua R. Prosta da, 456 JD. aeroporto Bayeux.  
 Cidade de Bayeux, Estado Paraíba  
 CEP: 58309490, telefone (33) 8660 28 58, 98663 74 00.

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, 11 de maio de 20 18.

David Wendell da Silva Berk

OUTORGANTE

CARTÓRIO ANGELA CAETANO  
 2º Ofício Notarial  
 Av. Liberdade 430, BAYEUX - PB CEP: 58309-001 - TEL: (33) 3232-2209  
 Recebido, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
 DAVID WENDELL DA SILVA LEME  
 La testada verdade, Bayeux - PB 11/05/2018 14h39:21  
 Rosângela Caetano C. Neireles Substituta  
 T2018-062344 IEMM-RS 49.46 FmR-SH-RS 0.28 FmR-RS 1.50  
 Selo digital: A9607901-8964  
 Confira a autenticidade em: https://selodigital.tribl.pb.br

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 03 JUL 2018  
 PROTOCOLO  
 3.102.01.236001



# 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

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 10/02/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DAVID WENDELL DA  
SILVA LEITE

## 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](http://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: 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

# 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

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 10/02/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DAVID WENDELL DA  
SILVA LEITE

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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

\_\_\_\_\_  
DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
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

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 10/02/2018

**Titular do CPF:** DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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