

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180139982 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 26/05/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NÃO DEFINIDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES.

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





**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 ASI

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	Daniel Wendell da Silva Leite		CPF titular da conta	091.375.664-40	Profissão	revisão de Projetos
Endereço	Oliveira Cruz		Número	71	Complemento	
Bairro	Imaculada		Cidade	Bayeux	Estado	PB
E-mail	alexiemendesaduarke@hotmail.com		CEP	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"/> RECUSO 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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NR	DV	CONTA NR	DV
3911		00032452	0
(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.

João Pessoa, 25 de maio de 2018

Local e Data

David Wendell da Silva Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Nº Sinistro: 3180139982

Vitima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Data do Acidente: 26/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180139982**.

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 12598496



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE  
Nº Sinistro: 3180139982  
Vitima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE  
Data do Acidente: 26/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180139982**, 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**

Carta nº 12602479



---

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Carta nº 12794469

A/C: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180139982 ASL-0102242/18  
Vitima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE  
Data Acidente: 26/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12938146

A/C: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Nº Sinistro: 3180139982  
Vítima: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE  
Data do Acidente: 26/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 000000032452-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 Imaculada Cruz		Número 11	Complemento
Bairro Imaculada	Cidade Bayer	Estado PR	CEP 58309-490
Email alexandracasarduarte@hotmail.com		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**

☒ 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)

☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

1911

D/V

CONTA

NRO.

00032452

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

(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.

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







**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.

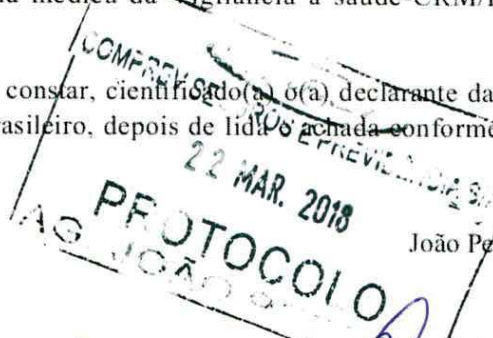
**Dados do(s) Fatos:**

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 hoars, 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 hospitalr 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 a 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 achada 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.

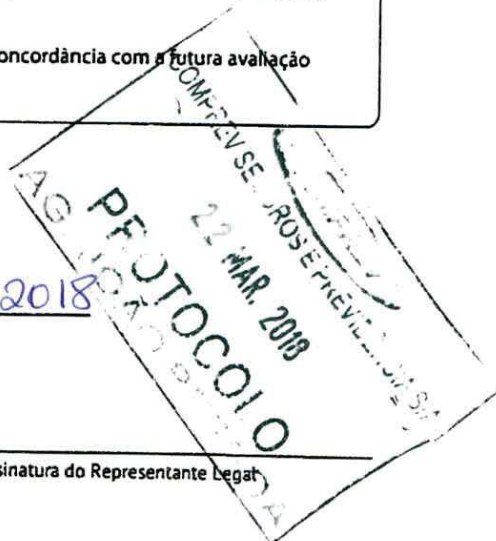
Bayerle 22 de fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000032452-0


---

Nr. da Autenticação D8171B0379524C0D





VISTO EM: 13/06/17

  
Comandante do BAPH  
Katy 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 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 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. OCADM-517240-37  
Chefe da 3ª Seção

COMPREENSE  
ROSE FERRER  
22 MAR. 2018  
PROTÓCOLO



**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: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br



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



7210123172679120000000195630100118

### Juros por Atraso

COMPREVESE ROSE E INEVITABILMENTE  
22 MAR. 2018  
PROTOCOLLO  
AG. JOÃO DE BARROSA





**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 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 <u>-</u>
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 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 Bayeux, no Estado de  
Pernambuco, onde residio 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: 9C2J30100 HR 510802  
Data do Acidente: 26-05-17  
Local e Data: 2025 Rua 02, 22-02-18

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 Meireles Caetano  
TITULAR  
Rosângela C. Caetano Meireles  
Substituta

Av. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58306-001 - Tel: (83) 3232-2209

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....  
GIZELDA DA SILVA GABRIEL.....  
Em test.da verdade. Bayeux-PB 22/02/2018 15:32:13  
Rosângela Caetano C. Meireles - Substituta  
[2018-000985]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,42  
SELO DIGITAL: AGM54395-KEFI  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

 **SERVIÇO NOTARIAL**  
2º Ofício - Bayeux - PB  
Angela Meireles Caetano



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.: PAI 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 MOTÔ XCARRÓ 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%:

Clennira Moura do Nóbrega  
Téc. de Enfermagem  
COREN - PB 347.230

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Colisão carro x moto.

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: hum. nasais FC: 84 bpm. Ausculta de alarpeix neurológicos (pupila isocóricas e reações) Edema em tornozelo direito e com mobilização comprometida e escoriações em membro superior direito

Condução  
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 / PB 10941



# 6A TOP 601A  
- Patient can lift - & - lift the trans -  
L & can assist - the - trans the patient -  
can.

CO: Lămyez + curative  
- Titoliul de ang (G)  
Dăruirea de ang (G)

[illegible]

Dr. Eneas P. Bessa Neto  
MÉDICO  
CRM RN 8498

In. Gerson

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

COMPRENSO E PREVENÇÃO DA DROGA

22 MAR. 2013

# PROTOCOLLO

À: JOÃO DE V. SOUZA

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

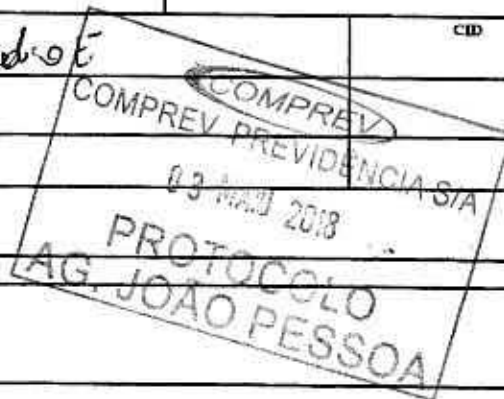
030106 US  
030107 98





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: David Wendell da S. Leite.				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 29a	SEXO: Mau.	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 10/02/18		DATA DE ALTA: 18/02/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract. diaf. de radio E				CID:	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Omen					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: Rtx braço Fris					
PROCEDIMENTO REALIZADO: Trat. cirúrgico.					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLTA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA:		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO



RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES:
Paciente vítima de trauma com fratura de rádio esquerdo, submetido ao tratamento cirúrgico com sutura, seguimento em unidade com acompanhamento ambulatorial, apto para alta.	

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.
---------	---

DATA: 18/02/18	Dr. Tiago Bruna P. Pinheiro Médico ASS. MÉDICO / CRM 14933-PB
----------------	---

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**NOME**  
**DAVID WENDELL DA SILVA LEITE**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
 3586861 SSDS PB

**CPF** 091.375.664-40 **DATA NASCIMENTO** 15/04/1993

**FILIAÇÃO**  
 JOSE ERALDO LEITE  
 GIZELDA FERREIRA DA SILVA

**PERMISSÃO** **ACC** **CAT. HAB.**  
 PERMISSÃO ☒ ☐ ☐ A/B

**Nº REGISTRO** 06743.43612 **VALIDADE** 17-11-2017 **1ª HABILITAÇÃO** 21/11/2016

**OBSERVAÇÕES**  
 A:  
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

*David Wendell da Silva Leite*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

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

*Avulso*  
 ASSINATURA DO EMISSOR 69300376091 PB032155980

**DETRAN - PB (PARAIBA)**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1404164237**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1404164237**

COMPRO SE JOSÉ FERNANDO DA SILVA  
 22 MAR. 2018  
**PROTOCOLO**  
 AG. JOÃO PESSOA

00





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  
**11/08/1982**

**CARTEIRA DE IDENTIDADE  
DE ADVOGADO**



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
**- OAB -**

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)

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
Conselho Seccional  
**da Paraíba**

Inscrição Nº  
**14438**

Nome  
**ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Viação  
**ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE**

Naturalidade  
**RIO DE JANEIRO-RJ**

Nacionalidade  
**BRASILEIRA**

Data de Nascimento  
**21/08/1982**

Data do Compromisso no OAB  
**17/12/2008**

Data de Expiração  
**30/07/2007**

Data de Expiração  
**12/01/2009**

*He Mano*  
**JOSÉ MARIO PORTO JUNIOR**  
PRESIDENTE

**COMPRO SE  
22-MAR-2019  
PROTÓCOLO**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180139982 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAVID WENDELL DA SILVA LEITE **Data do acidente:** 26/05/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO ( TTO CIRÚRGICO )

**Resultados terapêuticos:** DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MS ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / 25% DE 70% = 17,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

David Wendell da Silva Leite,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
revisor de Projeitos, 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 20 18.

David Wendell da Silva Leite

OUTORGANTE

CARTÓRIO ANGELA CAETANO  
2º Ofício Notarial  
AV. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58306-001 - Tel: (83) 3232-2209  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de David Wendell da Silva Leite  
DAVID WENDELL DA SILVA LEITE  
Em test. da verdade, Bayeux-PB, 22/02/2018, 15:38:47  
Rosângela Caetano C. Neireles - Substituta  
(2018-000986) TEND: R\$ 49,48 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: ACM54396-8065  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLADO  
22-MAR-2018  
SERVIÇO NOTARIAL  
Angela Caetano  
Rosângela Neireles