



Número: **0804154-51.2019.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **04/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAVID WENDELL DA SILVA LEITE (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Marcos Vinicios Amorim Freitas (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51132 833	10/11/2021 13:48	Petição	Petição
51132 835	10/11/2021 13:48	2650160_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
51132 836	10/11/2021 13:48	2650160_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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 Víma: **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 revisão de Projetos
Endereço Osvaldo Cruz	Número 1	Complemento
Bairro Imaculada	Cidade Boa Vista	Estado PA
E-mail alexsandrasarduarre@hotmail.com	CEP 58309-490	Telefone (DDD) 09105-5363

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) (BRADESCO (237)) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº: 3911 (Informar dígito se existir)	DIV	CONTA Nº: 0003245910 (Informar dígito se existir)	DIV
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ Nº: _____ (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

FAPPE 001 V001/2017



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **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**

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

Pag. 00407/00408 - carta_01 - INVALIDEZ

00020204



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **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**

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

Pag. 01249/01250 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00371/00372 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12938146

A/C: 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

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01561/01562 - carta_15R - INVALIDEZ

00010781





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

091.375.664-40

Nome completo da vítima

David Wendell da Silva Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
David Wendell da Silva Leite	091.375.664-40	juiz de paz
Endereço	Número	Complemento
Imaculada Cruz	11	
Bairro	Cidade	Estado
Imaculada	Bayeux	PI
Email	CEP	Telefone (DDD)
alexandracarduante@hotmail.com	58309-490	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\$ 7.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> OUTRO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	BANCO NOME	NRO.
1911	00032452		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Bayeux, 22 de fevereiro de 2018

Local e Data

David Wendell da Silva Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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 Araújo 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.

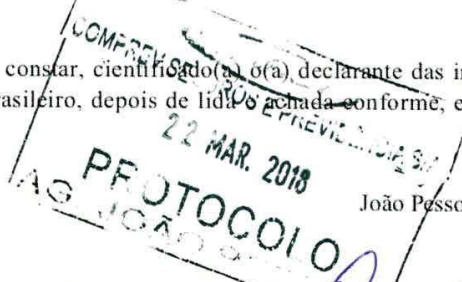
Dados do(s) Fatos:

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 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 a saúde-CRM/PB 2959. Não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientifico do(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e conhecida 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



Procedimento Policial: 00328.01.2018.1.00.420



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima DAVID WENDELL DASILVA 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.

Baréva, 22 de fevereiro de 2018

Local e Data

David Wendell da Silva Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



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 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. CEL. 517240-37
Chefe da 3ª Seção



**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





CTC RECIFE PE PL7

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



7210123172679120000000195630100118

Juros por Atraso



COMPROVAÇÃO
22 MAR 2018
PROTÓCOLO 0
ROSEMEYRE
SUELIO MOREIRA TORRES

Código NET
907/013314867
Vencimento
25/09/2017
Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO
046.502.754-74
CPF/CNPJ

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 1008B
MANAIRA
58433-450 JOAO PESSOA - PB

Minha NET:

Importante:

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



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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário David Wendell da 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

DLRL.001 V001/2017



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
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: QBF-0633/PB
Chassi: 9C2J30100 HR 510802
Data do Acidente: 26-05-17
Local e Data: 2018 Pessoa 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
AV. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58306-001 - Tel: (83) 3232-2209

Angela Meireles C. Caetano
TITULAR
Rosângela C. Caetano Meireles
Substituta

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

Em test. da verdade. Bayeux-PB 22/02/2018 15:32:43
Rosângela Caetano C. Meireles - Substituta
[2018-000985] EMOL: R\$ 9,48 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,42
SELO DIGITAL: AGM54395-KEFI
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Ficha Nr: 32538 Atd: Nao Regulac
Data: 26/05/2017
Hora: 09:21:30
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.05.003649

Nome: DAVID WENDEL LDA SILVA LEITE
CNS: 206601836380018 Sexo: M IDENTIDADE: 2586861 Fone: 988563766
Id: 24 ano(s)

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

End.: RUA OSVALDO CRUZ, 71

Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF : PB

Mae: GIZELDA FERREIRA DA SILVA

Pai: JOSE ERALDO LEITE

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: ESTUDANTE

Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: PAI RESPONSÁVEL

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

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: PACIENTE VEIO NOS BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO MOTÔ XCABRÓ JARDIM AEUROPORTO

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

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC

Circ. Abd: 02%:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/>	Grave
<input type="checkbox"/>	Politraumatizado	<input type="checkbox"/>	Convulsao
<input type="checkbox"/>	Hemorragia	<input type="checkbox"/>	Dispneia
<input type="checkbox"/>	Diarreia	<input type="checkbox"/>	Agitado
<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Chocado
<input type="checkbox"/>	Vomito		
Observacao			

Queixa Principal

colisão carro x moto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma automobilístico (colisão carro x moto), com capote na direção da esquerda, perda da consciência e vômitos. Ao exame físico: via aérea livre, pele intacta, pulso da consciência e reflexos. Ao exame físico: via aérea livre, mobilização indolor da cervical, AR respiratória sem alterações FR: 16 bpm; ACV: bem conservada FC: 84 bpm, não sinais de alterações neurológicas (pupilas isocóricas e reativas). Edema em tornozelo direito e com mobilização comprometida e escoriações um membro superior direito.

Diagnóstico
Condição da cirurgia

Dr. Daniel Antônio D. Silva

Conduta

Alta da cirurgia

A or 10 pedia

Prescricao

Horario da medicacao

- fix de l'opérateur AP

Felha D e Konoze D

Dr. David A. Sifed
CIRURGIAS GERAL
CRM / PB 10841



#00706014

Paciente com história de episódios de trans-
te e com aumento de sinais de protrusão
nasal.

CD: Limpeza + curativa
- tilotilolol (G)
- Dapirina (G)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Alta de urgência

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM RN 8498

Dr. Gerson

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
------	--------------	------	---------	----------

COMPETÊNCIA DO SEU PREVENIMENTO
22 MAR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO P. B. A.

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: David Wendell da S. Leite.				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 24a	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: Art. exame fisio					
PROCEDIMENTO REALIZADO: Trat. fisio.					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA:		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

RESUMO ÚNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES:
Paciente vítima de trauma com fratura de rádio esquerdo, submetido ao tratamento cirúrgico com placa e parafusos, seguido de cuidados com acompanhamento ambulatorial, apto para alta.	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

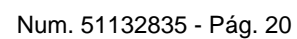
DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor,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

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.	



COMITEN SE JROS E PREVENI...
22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO DE DEUS





07833220

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular da Carteira

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria da Receita Federal

CPF

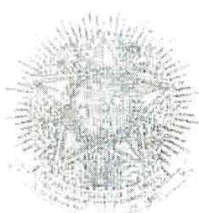
Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
046.502.754-74

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nascimento
11/08/1980

**CARTEIRA DE IDENTIDADE
DE ADVOGADO**



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identificação 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)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

Seção de Registro

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

21/08/1980

Data da Comprometimento O.A.B.

17/12/2008

Data de Inscrição de

30/07/2007

Data de Exatidão

12/01/2009

Jose Mario Porto Junior
JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPROVANTE
22-MAR-2010
PROTOCOLADO



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 Projeções, 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

CARTÓRIO ANGELA CAETANO
2º Ofício Notarial
Angela Mariana C. Caetano
Rosângela C. Caetano Meireles
W. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO 7, CEP: 58306-001 - FONE: (33) 3332-2209
ORÇAMENTO, como autêntica e verdadeira, a(s) FIRMAS de: David Wendell da Silva Leite
ID WENDELL DA SILVA LEITE
Em testada verdade, Bayeux-PB, 22/02/2018 15:38:47
Rosângela Caetano C. Meireles - Substituta
F2018-000996 TEMPL: R\$ 49,48 FAPENAR: 0,28 FEPJ: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,47
SELO DIGITAL: A8H54396-8065
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTÓCOLO
22-MAR-2018
SERVIÇO NOTARIAL
Angela Mariana C. Caetano
Rosângela C. Caetano Meireles





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BAYEUX/PB

Processo n.º 08041545120198150751

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAVID WENDELL DA SILVA LEITE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente, verba indenizatória DPVAT, cujo processo administrativo tramitou sob o nº. **3180139982**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em **26/05/2017**.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos do processo administrativo supracitado em decorrência de **PERDA FUNCIONAL COMPLETA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, 25%**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BAYEUX, 8 de novembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

