



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	<u>Petição</u>	Petição
51132 835	10/11/2021 13:48	<u>2650160_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
51132 836	10/11/2021 13:48	<u>2650160_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2021 13:48:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111013481720400000048487735>
Número do documento: 21111013481720400000048487735

Num. 51132833 - Pág. 1

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 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	revista de Projetos
Endereço	Número	Complemento
Osvaldo Cruz	71	
Bairro	Estado	CEP
Imaculada	PB	58309-490
Email	Telefone (DDD)	
alexanderesarduarte@hotmail.com	099105-5363	

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	
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	BANCO	
1011	000324530	282	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	PROSEGUR PREVIDÊNCIA S/A	
		AGÊNCIA 1011 CONTA 000324530 D/V	
		(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura segurada 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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

Pag. 01249/01250 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 12602479

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, 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



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12938146

A/C: DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Nº Sinistro: 3180139982
Victima: 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: $17,50\% \times 13.500,00 =$ 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





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
03000-000	71	
Bairro	Cidade	Estado
Imaculada	Bayeux	PR
Email	CEP	Telefone (DDD)
alexamducesaraduate@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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1931 D/V 00032452 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. 1000 D/V 00000000 D/V
(Informar dígito se existir)

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

Bayeux, 22 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **David Wendell da Silva Leite**, CPF nº 091.375.664-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Revisor de Projetos, filho(a) de Gizélida Ferreira da Silva e José Eraldo Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 15/04/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Osvaldo Cruz, 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 socorrido pelo corpo de bombeiro, conforme certidão de ocorrência 202/2017, sendo socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão nº 0966/2017, e ficha de atendimento ambulatório nº 325338, datado de 24/julho de 2017, assinado pela médica da Vigilância 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 lida e lida a notificação, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de fevereiro de 2018.



DAVID WENDELL DA SILVA LEITE

Noticiante

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 LEGITE

CPF da Vítima

091.375.669-40

Data do Acidente

26-05-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Barreiro, 22 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2021 13:48:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111013481828600000048487737>
Número do documento: 21111013481828600000048487737

Num. 51132835 - Pág. 10

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2021 13:48:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111013481828600000048487737>
Número do documento: 21111013481828600000048487737

Num. 51132835 - Pág. 11



VISTO EM: 13/06/17

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

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

3^a SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 06 de junho de 2017

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º 202/2017

Certifico que reverendo 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 Tancredo Bueno.

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

Josinete Barreiros dos Santos
TEN 00478M-517240-3
Chefe da 3^a Secão

GOVERNO
DA PARAÍBA

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: nbpb@pbcorpo.bm.com.br



CTC RECIFE PE PL7
GIZELDA DA SILVA GABRIEL

RUA OSVALDO CRUZ 71 CASA
IMACULADA
58309-490 BAYEUX PB



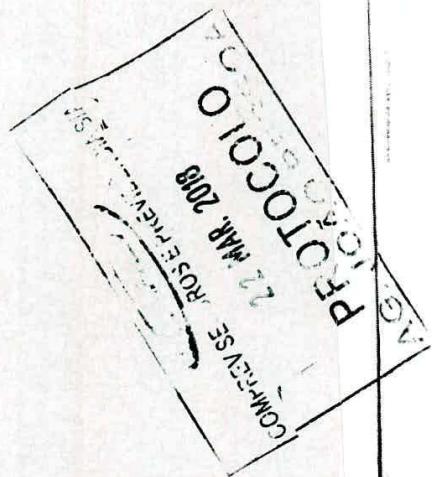
721012317267912000000195630100118

Juros por Atraso



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2021 13:48:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111013481828600000048487737>
Número do documento: 21111013481828600000048487737

Num. 51132835 - Pág. 13



ALEXANDRA CESAR DUARTE		Caixa de NET	Vencimento
Av. Maria Rosa, 16368 MANAUS SE-69040-060 CAD PESSOAL		907/013314867	25/09/2017
		CPF/CNPJ	Forma de pagamento
		046.502.754-74	BOLETO BANCÁRIO
VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.BR			
Importante:		Minha NET:	
Acesse o site www.net.com.br para mais informações sobre suas contas. Atenciosamente,			

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

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

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Maria Rose</u>	Número <u>58</u>	Complemento <u>-</u>	
Bairro <u>Mamona</u>	Cidade <u>gas Russas</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u></u>	Telefone comercial (DDD) <u></u>	Telefone celular (DDD) <u></u>	

_____, de _____ de _____
Local e Data
Alexandrina Rose
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gizelka da Silveira 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 Baixada, no Estado de

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

Osvaldo Cruz, nº 71,

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

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

vítima David Wendeell Silveira Lai cujo

Variables ~~are~~ ^{can} go to

Veículo: mon A POP
Modelo: HONDA

Model A

Ano: 2017 / PB
Placa: QF 0633 / PB

Placa: QW-0055 HR 5700
Chassi: 959130100-17

Chassi: 90285050 Data do Acidente: 26-05-17

Data do Acidente

Local e Data: 2021-02-22 - 02-18

→ Gilda da Silva gabsy

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 Rosângela C. Caetano Meireles substituta de Angela Meireles C. Caetano
Av. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58306-001 - Tel: (83) 3232-2209/2302		
Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:		
GIZELDA DA SILVA GABRIELA		
Em test. da verdade, Bayeux-PB 22/02/2018 15:32:13		
Rosangela Caetano C. Meireles - Substituta		
T2018-000954701-RB #9,48 FARPE:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,07		
SELO DIGITAL: ACM54395-KEFI		
Confira a autenticidade no https://selodigital.tinb.jus.br		



HISTÓRICO

Paciente com história de tristeza e depressão -
existe ausência de sintomas de gravidade
neste caso.

CD: Laringe + curativa
- Tilitil 30 mg (G)
Dipiroso 30 mg (G)

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Alta a pedido

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MEDICO
CRM RN 8498

Dr. Gerson

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
				COM SEU DROSE PREVISTO
				22 MAR. 2013
				PROTÓCOLO
				AG. JOÃO PINTO

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

0301010072

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

03010100606
0301010072





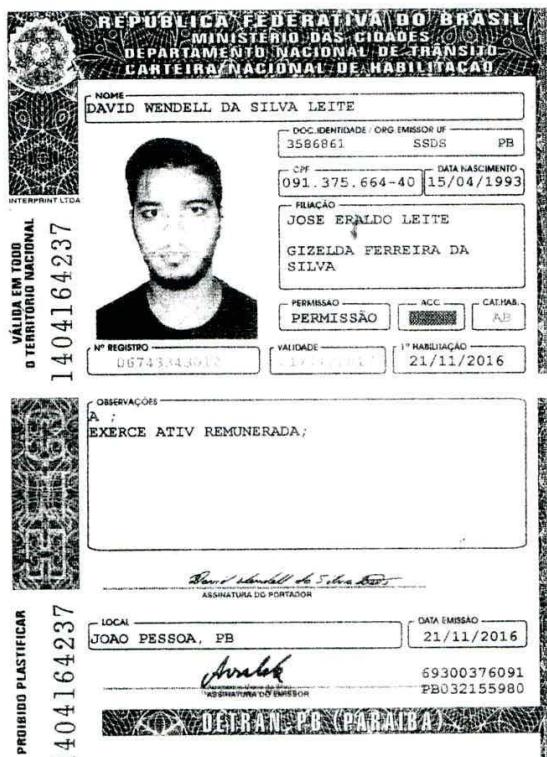
LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PRONTUÁRIO N°			
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
29a	mas				
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
10/02/18		18/02/18			
DIAGNÓSTICO INICIAL		Fract. diaf. de rádio E			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		Omeu			
OUTROS DIAGNÓSTICOS		COMPREV / PREVIDÊNCIA SIA			
PRINCIPAIS EXAMES		03 MAR 2018 / PROTOCOLO			
PROCEDIMENTO REALIZADO:		Trat. Enxgue.			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA		LAG. JOÃO PESSOA			
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFEÇÃO 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		Paciente vítima de fratura com fatores de risco agravante, submetido a tratamento cirúrgico com artroscopia. Reabilitação evoluída 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: <i>Acres + anel hidro</i>				
RETORNO	Ao posto de saúde em <i>Dr. Sá</i> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <i>Dr. Sá</i> em 30 dias para revisão.			
DATA		18/02/18		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				
ASS. MÉDICO / CRM <i>Dr. Tiago Brum - M. 833-PB</i>				





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2021 13:48:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111013481828600000048487737>
Número do documento: 21111013481828600000048487737

Num. 51132835 - Pág. 20



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 da 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

Placa
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE & MARCIA CESAR DUARTE
Naturalidade
RIO DE JANEIRO-RJ
Nacionalidade
BRASILEIRA
Data de Nascimento
21/08/1982
Data da Compromissão na OAB
17/12/2008
Data da Incorporação na OAB
30/07/2007
Data de Expedição
12/01/2009



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 Projetos, CI RG nº 3586861,
CPF/MF nº 091.375.664-40, residente e domiciliado(a) à Rua
Orvaldo Cruz, 71 - Imaculada,
Cidade de Bayeux, Estado
Paraíba, CEP: 58309-490, telefone
83-98663-4900, 99105-0363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o nº 046.502.754-74
e RG sob o nº 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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a 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, nexo 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.joaoportoadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2021 13:48:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111013481940200000048487738>
Número do documento: 21111013481940200000048487738

Num. 51132836 - Pág. 1