

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263709 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 04/06/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CAVIDADE GLENOIDE ESQUERDA.

Descrição do exame AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ADUÇÃO E ROTAÇÃO FÍSICO: EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO COM REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/04/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263709

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Data do acidente: 04/06/2018

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CAVIDADE GLENOIDE ESQUERDA.

Descrição do exame AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ADUÇÃO E ROTAÇÃO FÍSICO: EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO COM REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/04/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263709 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 04/06/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263709

Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Data do Acidente: 04/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263709

Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Data do Acidente: 04/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190263709**

Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Data do Acidente: 04/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001635-7

Conta: 000005969-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

714.742.774-20

Nome completo da vítima:

Sostines Felisbeto da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Sostines Felisbeto da Silva

CPF:

714.742.774-20

Profissão:

Recebedor - se

Endereço:

Rua Pedro Jaime Guxo

Número:

262

Bairro:

Vitória

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58087-340

E-mail:

ccf-odvs@gmail.com

Tel.(DDD):

83-988495530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

7930021

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1635

CONTAS:

5969

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB, 05 de Abril de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Adilson Luiz da Silva
Assinatura do Procurador (se houver)
Loutinho Neto

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

CPF:

03 ABR. 2019

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF



Acidente nº 18033142B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 230

KM: 29,7 - Crescente

Município: JOAO PESSOA/PB

Data: 04/06/2018

Hora: 14:25

Policial responsável pelo atendimento: ANTONIO GAMA, matrícula 1504642

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Dupla

Condicao da pista: Seca

Estrutura viária: Curva | Declive

Localidade urbanizada:

Acostamento:

Canteiro central:

Condicao meteorológica: Sol

Fase do dia: Pleno dia

NARRATIVA

No dia 04/06/2018, por volta das 14h25, no Km 29 da BR 230, em João Pessoa/PB, ocorreu um acidente de trânsito, do tipo colisão lateral, com duas pessoas lesionadas. Os veículos envolvidos foram: I/Bashan Jonny HYPE 50 (V1), e Honda/XRE 300 (V2). Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 deslocava-se pelo acostamento da rodovia, sentido João Pessoa/Bayeux, quando iniciou manobra de mudança de direção, seguindo para a faixa da esquerda, pois iria realizar retorno mais adiante. Quando V1 alcançou a faixa da esquerda, houve colisão lateral com V2, que seguia fluxo nesta faixa. Após a colisão, os dois veículos tombaram sobre a rodovia. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a mudança de direção de V1. O local do acidente foi parcialmente desfeito, pois os veículos foram retirados de sua posição final. O condutor de V1, o Sr. Roberto de Souza Clemente, sofreu ferimentos leves e recusou atendimento de socorro. O condutor de V2, o Sr. Sostenes Felisberto da Silva, sofreu ferimentos graves e foi socorrido por equipe do Corpo de Bombeiros Militar (primeiro atendimento pelo CB D Santos, e posteriormente pela equipe da viatura resgate AR-39 - CB Lima); em seguida foi removido para o hospital de Emergência e Trauma, em João Pessoa/PB. V1 foi removido para depósito contratado, por falta de emplacamento, e V2 foi liberado no local. Foi realizado teste de etilômetro no condutor de V1 (0,00 mg/l), porém não foi possível realizar o teste no condutor de V2, devido ao socorro médico. A velocidade regulamentar para o local era de 80 Km/h. A pista estava seca e ~~CBM/PB~~ e o tempo estava ensolarado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 ABR. 2019

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA



Documento assinado eletronicamente por ANTONIO GAMA, matrícula 1504642, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2018, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.orf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18033142B01



PRF

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	V2 V1
2	Tombamento	V2 V1

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

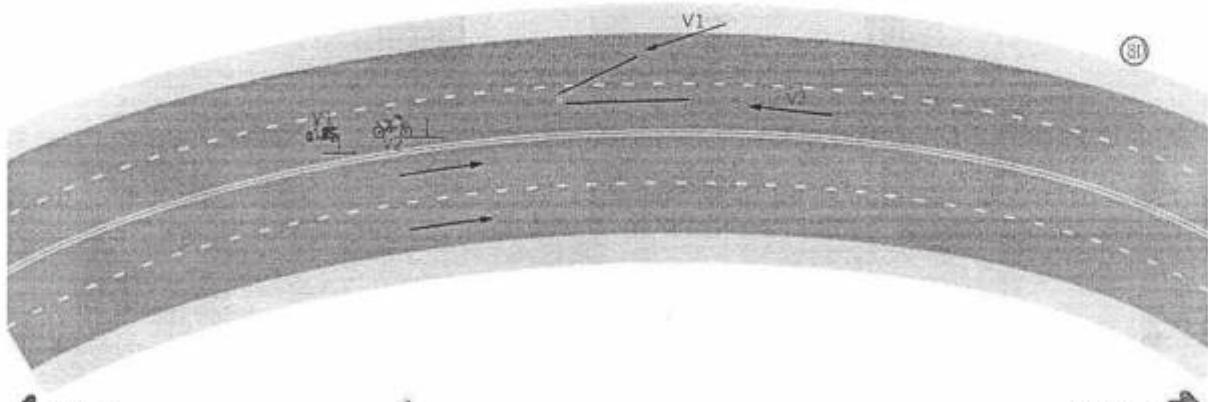


SENTIDO DECRESCENTE

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANTONIO GAMA, matrícula 1504642, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2018, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18033142B01 e o número de controle B9961F594735BE4C307274E93F1E6F



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18033142B01



PRF

V1



TRACIONADOR

Não Se Aplica*

Marca/modelo: I/BASHAN JONNY HYPE **Tipo de Veículo:** Ciclomotor **Cor:** Preta

Chassi: LHJXCBLD5B0205803

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Informações complementares: Veículo com danos no painel, carenagens, maçanetas, pedais de apoio e bagageiro.

PROPRIETÁRIO

Nome: _____ **CPF/CNPJ:** _____

Endereço: _____

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

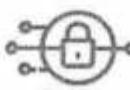
ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros

Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo removido para o depósito da Transguard para ser providenciado seu primeiro emplacamento.

* "Não se aplica": veículo cujo conceito legal de emplacamento/registro não se aplica.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANTONIO GAMA, matrícula 1504642, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2018, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18033142B01 e o número de controle B9961F594735BE4C307274E93F1E6F



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18033142B01



PRF

V2



NPS5791

Placa: NPS5791 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/XRE 300/2012

Renavam: 00505480905

Chassi: 9C2ND0910CR406852

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Veículo liberado no local, entregue ao Sr. José Iraja Silva Santos, cpf 029.569.904-38.
Houve danos nos retrovisores, carenagens, pedais de apoio e alça traseira.

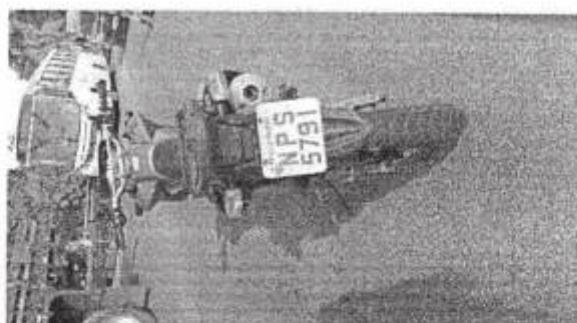
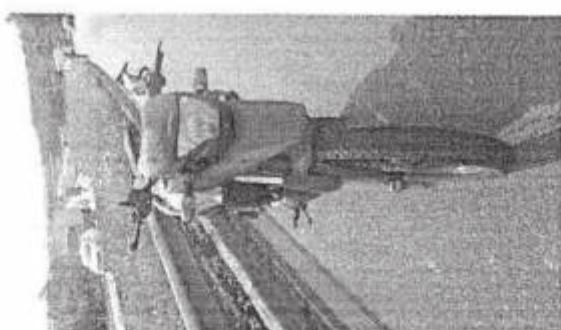
PROPRIETÁRIO

Nome: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 714.742.774-20

Endereço: RUA PEDRO JAIME SEIXAS 262, 00262, JOAO PESSOA/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANTONIO GAMA, matrícula 1504642, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2018, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18033142B01 e o número de controle B9961F594735BE4C307274E93F1E6F



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18033142B01



PRF

V1



ROBERTO DE SOUSA CLEMENTE

Placa do veículo: Não Se Aplica

Marca/modelo: I/BASHAN JONNY HYPE 50

Envolvimento: Condutor

Nome: ROBERTO DE SOUSA CLEMENTE

CPF: 052.318.064-04

Data de nascimento: 09/11/1984

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

Informações complementares: Teste de etilômetro nº 06144, no aparelho nº 087790. Foi preenchido TCO - Termo Circunstanciado de Ocorrência - nº 1371164180604143000, com enquadramento no Art. 309 da L 9.503/1997.

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Não Habilitado

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA COSTUREIRA ANA MARIA , 18, PARQUE DO SOL - GRAMAME, JOAO PESSOA/PB

Telefone/email: 83 9 8835.7338 / 9 8704.9080/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANTONIO GAMA, matrícula 1504642, Policial Rodoviário Federal 07/06/2018, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18033142B01 e o número de controle B9961F594735BE4C307274E93F1E6F



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18033142B01

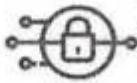


PRF

V2



NPS5791



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANTONIO GAMA, matrícula 1504642, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2018, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18033142B01 e o número de controle B9961F594735BE4C307274E93F1E6F



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18033142B01



PRF

V2



SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

CONDUTOR

Placa do veículo: NPS5791

Marca/modelo: HONDA/XRE 300

Involvimento: Condutor/Proprietário

Nome: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

CPF: 714.742.774-20

Data de nascimento: 03/03/1972

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 01/08/1996

Nº Registro: 01603520032 **UF:** PB **Data de vencimento da habilitação:** 18/11/2020

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 15A

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA PEDRO JAIME SEIXAS, 262, OITIZEIRO, JOAO PESSOA/PB

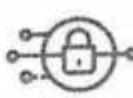
Telefone/email: 83 9 8853.4663/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: Condutor socorrido para o hospital de Emergência e Trauma, em João Pessoa/PB.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANTONIO GAMA, matrícula 1504642, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2018, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18033142B01 e o número de controle B9961F594735BE4C307274E93F1E6F



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18033142B01



PRF



Imagens Complementares

V1 - Tracionador - I/BASHAN JONNY HYPE 50 - Não Se Aplica

IMAGEM COMPLEMENTAR 01

IMAGEM COMPLEMENTAR 02

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/XRE 300

Placa: NPS5791

Nome do agente: ANTONIO GAMA

Nº BOAT: 18033142B01

Matrícula do agente: 1504642

Data: 04/06/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANTONIO GAMA, matrícula 1504642, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2018, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18033142B01 e o número de controle B9961F594735BE4C307274E93F1E6F

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

714.742.774-20

Nome completo da vítima:

Sostines Felisbeto da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Sostines Felisbeto da Silva

CPF:

714.742.774-20

Profissão:

Recebedor - se

Endereço:

Rua Pedro Jaime Guxo 5

Número:

262

Complemento:

Bairro:

Vitória

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58087-340

E-mail:

ccf...odv@gmail.com

Tel.(DDD):

83-988495530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

7930021

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1635

CONTA:

5969

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB, 05 de Abril de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Sostines Felisbeto da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

CPF: _____

03 ABR. 2019

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

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: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

CONTA: 00000005969-2

Nr. da Autenticação 895A262EB91A2F67



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1086138



Identificação do paciente				
ID 1294804	Nome SOSTENIS FELISBERTO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/03/1972	Idade 46 anos 3 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EUNICE FELISBERTO DA SILVA				País NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988095787	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns		
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58087340	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PEDRO JAIME SEIXAS	
Número 262	Complemento	Bairro CITIZEIRO		
Admissão				
Data e Hora 04/06/2018 16:09:51	Número da pulseira 1000005175597	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS				CD
				Tempo 01min 27seg

Imprimir

HONDA

Consórcio



CENTRAL CNH 2

12/01/2019



CTC RECIFE PE PL6
SOSTENES FELISBERTO DA SILVA
R PEDRO JAIME SEIXAS 262
OITIZEIRO
58087-340 JOAO PESSOA PB

40989/925-0-8



7213343637200690000001614830170119

Data da postagem: 17/01/19

SA0016148 TGS

00007019



VISA



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL7

DATA DE POSTAGEM 25/03/2019

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



19527786



7211307021315154802049487530250319



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Queiroz Lutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364-99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gostinho Felisberto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.742.774-20, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz/Domo da Vítima Gostinho Felisberto da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.742.774-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Número		Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Avnida Ipiranga</u>		<u>372</u>	
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58013-430</u>

Local e Data

João Pessoa PB 05 de Abril de 2019 05 ABR. 2019

Adailson Luiz de Queiroz Lutinho Assinatura do Declarante

PROJUCOLO
AG. JOÃO PESSOA
REV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.02



Sostenes Felisberto da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

714 742 774 20

SÓSTENES FELISBERTO DA SILVA

03.03.72

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.380.022-2ªVia
DATA DE EXPEDIÇÃO	
28 NOV 2014	
NOME SÓSTENES FELISBERTO DA SILVA.	
José Felisberto da Silva	
Eunice Felisberto da Silva	
João Pessoa-PB	
NATURALIDADE	
03-03-197	
DATA DE NASCIMENTO	
Cert. Nasc. N° 49.049, Fls. 100V, Liv. 7	
SÉRIE A.	
LEIA P. 7116 DE 2003/03	
ASSINATURA DO DIRETOR	

42002 / 2051

30.03.88

DRF-J. PESSOA-PB

RECORTE
VIA FAX
8602-2003





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 0050548090-5 R.N.T.R.C.: 00/0000000 EXERCÍCIO: 2018

NOME: SOSTENES FRANCISCO DA SILVA

CPF / CNPJ: 71474277420 PLACA: NPS5791/83

PLACA ANT / UF: NOVO 23 CHASSI: 9C2ND0910CR406852

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/XRE 300 ANO FAB.: 2012 ANO MOD.: 2012

CAP / POT / CIL: 2 P/291 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERDE

COTA ÚNICA: 00/0000000 VENC. COTA ÚNICA: 00/0000000 VENC / COTAS: 1^o, 2^o, 3^o

FAIXA IPVA: ***** PARCELAMENTO / COTAS: 0 PAGAMENTO: COTA ÚNICA

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** IOF (R\$): ***** PRÉMIO TOTAL (R\$): SEGURADO PAGO DATA DE PAGAMENTO: 31/01/2018

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO. OBRIGATÓRIO
PARA O LÍDO / PARA TRANSFERÊNCIA

JOÃO PESSOA - PB DATA: 15/02/2018

40681

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929261463 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 15/02/2018

VIA: 1 RENAVAM: 0050548090-5 PLACA: NPS5791/83

MARCA / MODELO: HONDA/XRE 300 ANO FAB.: 2012 CAT. TARE: 9 N° CHASSI: 9C2ND0910CR406852

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DENATRAN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** IOF (R\$): ***** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$): PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 31/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

39934-0947039-20180215

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263709

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Data do acidente: 04/06/2018

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CAVIDADE GLENOIDE ESQUERDA.

Descrição do exame AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ADUÇÃO E ROTAÇÃO FÍSICO: EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO COM REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263709 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 04/06/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Sostenes Felisberto da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Casado</u>
PROFISSÃO:	<u>Ferreirão</u>		
Nº DO RG:	<u>1380022</u>		
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSP-PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>28/11/2000</u>
Nº DO CPF:	<u>719742774-20</u>		
ENDEREÇO: <u>R. Pedro</u> <u>Centro Sul, 262, Bairro Otávio, João Pessoa-PB, cep 58087-340</u>			

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO	Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB	DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99	ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

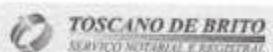
PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Sostenes Felisberto da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 28 de januário 2019.

Sostenes Felisberto da Silva

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-460
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
www.toscaneodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
SOSTENES FELISBERTO DA SILVA
En test da verdade. João Pessoa-PB 28/01/2019 10:23:17
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Fazendista
[2019-001072] END: R\$ 9,91 FARE: R\$ 0,29 FEP: R\$ 1,49 ISS: R\$ 0,00
SELO DIGITAL: #W81133-81F2
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



TOSCANO DE BRITO

2º OFÍCIO DE NOTAS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118702/19

Vítima: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

CPF: 714.742.774-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/06/2018

Titular do CPF: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

SOSTENES FELISBERTO DA SILVA : 714.742.774-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/04/2019

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Data do cadastramento: 05/04/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190263709**

Nome do(a) Examinado(a): **SOSTENES FELISBERTO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PEDRO JAIME SEIXAS, 262 - OITIZEIRO - João Pessoa - PB - CEP 58087-340

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1380022**

Data e local do acidente: [**04/06/2018**] **BR 230 KM 29,7- JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**17/04/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA CAVIDADE GLENOIDE ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ADUÇÃO E
ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO COM REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB