

# 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 físico:** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ADUÇÃO E ROTAÇÃO 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 físico:** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ADUÇÃO E ROTAÇÃO 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

**Valoração 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

---

**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](http://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



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, retorne 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](http://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: Sostenes Felisberto da Silva

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

Nome completo: Sostenes Felisberto da Silva CPF: 714.742.774-20  
Profissão: Recebeu - 22 Endereço: Rua Pedro Jaime Siqueira Número: 262 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Orizéio Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58087-340  
E-mail: cc.f.cdn@gmail.com Tel.(DDD): 83-988495530

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

**RENDA 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 OPÇÃO DE CONTA**

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BB Brasil

AGÊNCIA: 4635 7 CONTA: 5969 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 ROGO

Sostenes Felisberto da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Adailson Luiz de Queiroz  
Contador

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
CPF: \_\_\_\_\_

03 ABR. 2019  
Assinatura

2ª Nome: PROTOCOLO  
CPF: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.**





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal



PRF

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



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

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Curva | Declive

Localidade urbanizada: ☒

Acostamento: ☒

Canteiro central: ☒

Condição 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 em boas condições e o tempo estava ensolarado.

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
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. 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





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

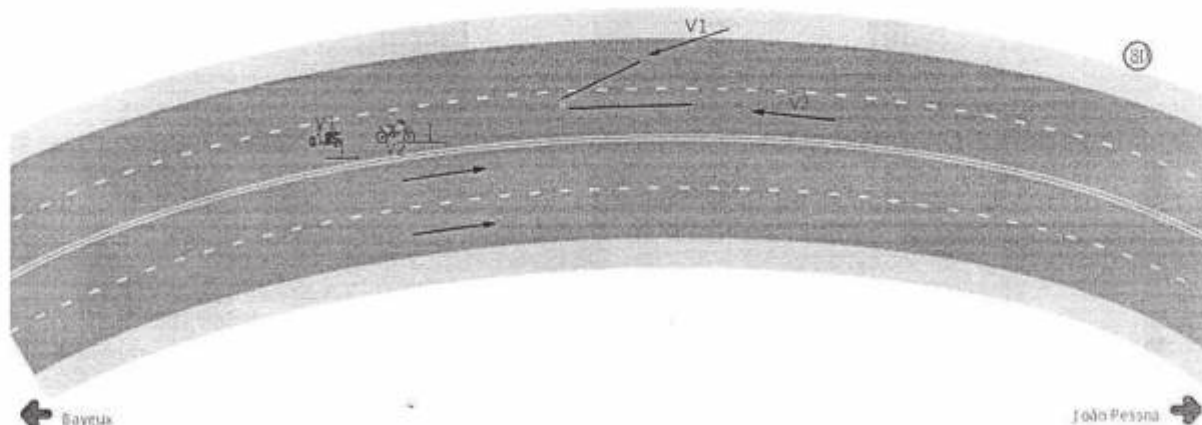


SENTIDO DECRESCENTE

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



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**



**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.



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



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18033142B01**

**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.

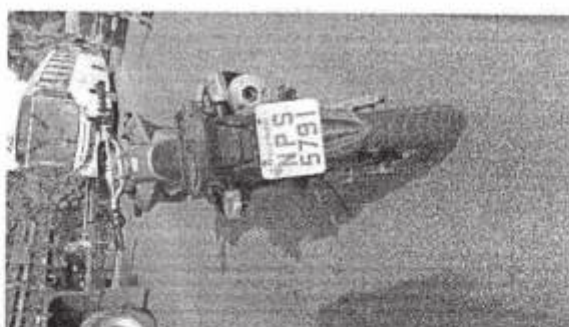
**PROPRIETÁRIO**

**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



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

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 Lei 9.503/1997.

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Não Habilitado

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

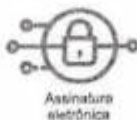
**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não      **Resultado:** 0

**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



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**



CONDUTOR

**SOSTENES FELISBERTO DA SILVA**

**Placa do veículo:** NPS5791

**Marca/modelo:** HONDA/XRE 300

**Envolvimento:** 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

**1º 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





## 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



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: Sostenes Felisberto da Silva

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

Nome completo: Sostenes Felisberto da Silva CPF: 714.742.774-20  
Profissão: Recebeu - 22 Endereço: Rua Pedro Jaime Siqueira Número: 262 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Orizéio Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58087-340  
E-mail: cc.f.cdn@gmail.com Tel.(DDD): 83-988495530

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

**RENDA 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 OPÇÃO 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: BB Brasil  
AGÊNCIA: 4635 7 CONTA: 5969 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 ROGO

Sostenes Felisberto da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Adailson Luiz de Queiroz  
Contador

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
CPF: \_\_\_\_\_

03 ABR. 2019  
Assinatura

2ª Nome: PROTOCOLO  
CPF: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.**



## 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:

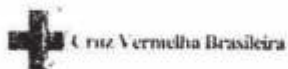
CLIENTE: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

CONTA: 000000005969-2

Nr. da Autenticação 895A262EB91A2F67



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1086138



<b>Identificação do paciente</b>			
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
Mãe EUNICE FELISBERTO DA SILVA		Pai 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 Cns	
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58087340	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PEDRO JAIME SEIXAS
Número 262	Complemento	Bairro OUTIZEIRO	
<b>Admissão</b>			
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	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Quem transportou
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS			
<b>Sinais Vitais</b>			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS			
Tempo 01min 27seg			

Imprimir

**HONDA**

Consórcio



CENTRAL CNH 2

12/01/2019



CTC RECIFE PE PL8  
SOSTENES FELISBERTO DA SILVA  
R PEDRO JAIME SEIXAS 262  
CITIZEIRO  
58087-340 JOAO PESSOA PB

40989/925-0-8



7213343637200690000001614830170119

Data da postagem: 17/01/19

SA0016148 TGS

00007019



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTG RECIFE PE PL7

DATA DE POSTAGEM 25/03/2019

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



7211307021315154002049487530250319





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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sostenes Felixberto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.742.774 / 20 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel / Dano da Vítima Sostenes Felixberto 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 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>Avenida Lacerdus</u>		Número: <u>372</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58013-430</u>
Email: <u>ccf-odas@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD): <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD): <u>83-98948-9220</u>

João Pessoa PB 05 de Abril de 2019  
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto  
Assinatura do Declarante

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.02



*Sostenes Felisberto da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.380.022-24 Via DATA DE EXPEDIENTE 28 NOV 20

NOME SOSTENES FELISBERTO DA SILVA.

José Felisberto da Silva

Eunice Felisberto da Silva

João Pessoa-PB 03-03-197

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 49.049, Fls. 100V, Liv. 7

DO ORGEM A.

Assinatura do Titular

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.112 DE 20/03/63

714 742 774 20

SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

03.03.72

42002/2051

30.03.88

DRF-J. PESSOA-PB

Carzilha Vilal Lira

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.962/94)



RESIGNATURA DO PORTUGUES

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

COAB

COEFICAÇÕES



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO  
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO  
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE  
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
11/03/1988

RG  
3.148.027 - SSP/PB

CPF  
007.854.384-88

VALIDADOR DE RASCÃO E TECIDOS  
NÃO

DATA DE EXERCÍCIO  
01 07/05/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA  
PRESIDENTE

22742

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013929261463

VIA 1 COD. RENAVAM 0030548090-5 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME  
SOSTENES FREISBERTO DA SILVA

CPF / CNPJ  
71474277420

PLACA  
NPS5791/PB

PLACA ANT. / UF  
NOVO PB 9C2ND0910CR406852

ESPÉCIE 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

VENC. COTA ÚNICA  
00/0070000

VENC. / COTAS

I  
P  
V  
A

FAIXA LPVA  
\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS  
6

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
31/01/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA - PB

40681

DATA  
15/02/2018

39934

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - 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 CPF / CNPJ 71474277420

PLACA  
NPS5791/PB

RENAVAM  
00505480905

MARCA / MODELO  
HONDA/XRE 300

ANO FAB. 2012

CAT. TARE 9

Nº CHASSI  
9C2ND0910CR406852

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)  
\*\*\*\*\*

DENATRAN (R\$)  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
\*\*\*\*\*

IOF (R\$)  
SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (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  
PROTOCOLO  
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 físico:** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ADUÇÃO E ROTAÇÃO 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

**Valoração 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: Sostenes Felisberto da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Ferreiro Nº DO RG: 1380022  
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB DATA DE EMISSÃO: 28/11/2019  
Nº DO CPF: 714742774-20 ENDEREÇO: R. Pedro  
Leiteiro, 262, Bairro Otizeiros, João Pessoa-  
PB, Cep 58087-340

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  janeiro de 2019.

Sostenes Felisberto da Silva

Outorgante

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

**TOSCANO DE BRITO**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Rua Candido Pessoa, 31 - CEP 58010-680  
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB  
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de: SOSTENES FELISBERTO DA SILVA  
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 28/01/2019 10:23:17  
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente  
[2019-001072]EMOL:R\$ 9,91 FAREN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,48 ISS:R\$ 0,12  
SELO DIGITAL: A#081133-81F2  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



TOSCANO DE BRITO  
2º OFÍCIO DE NOTAS

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA  
05 ABR. 2019  
PROCURAÇÃO  
AG. JOÃO PESSOA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118702/19

**Vítima:** SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

**CPF:** 714.742.774-20

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 04/06/2018

**Titular do CPF:** SOSTENES FELISBERTO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/04/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

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.** Nexa 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