

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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547901

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO DOS SANTOS ALVES

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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547901

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANO DOS SANTOS ALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|--|--|
| Declaração do Proprietário do Veículo | Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente. |
|--|--|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547901

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

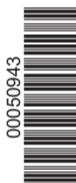
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190547901 **Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES**

Data do Acidente: 08/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO DOS SANTOS ALVES

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.025,00 |

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Recebedor: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000004915

Conta: 0000014943-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



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:

Nome completo da vítima:

097.233.714-80 Adriano dos Santos Alves

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

Nome completo:

Adriano dos Santos Alves

CPF:

097.233.714.80

Profissão:

Recurso

Endereço:

R. Maria Batista da Silva

Número:

86

Complemento:

Bairro:

Valentina

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58063-162

E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 986634900

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 4915

CONTA: 14943 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 (vel 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.

Local e Data:

João Pessoa - PB 19/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: 24 SET. 2019

CPF: _____

Assinatura

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 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.

Ag 4915

013

ágencia

14943-5

Adriano dos Santos Alves



**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: 3190547901
Nome do(a) Examinado(a): Adriano dos Santos Alves
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria Batista da Silva, 86
Valentina Joao Pessoa PB CEP: 58062-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3694636
Data local do acidente: [08/12/2018]
Data local do exame: [11/10/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO (4º E 5º PODODÁCTILOS).

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA , DESBRIDAMENTO E IMOBILIZAÇÃO.
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO QUARTO E QUINTO PODODACTILOS..
Data da Alta: 22/02/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PÉ ESQUERDO, DEFORMIDADE , RIGIDEZ ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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

(X) Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim Não

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

APRESENTA DEFORMIDADE, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ 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 o 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

4º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

5º DEDO DO PÉ - Lado 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

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05874.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05874.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:57 horas do dia 29 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Adriano dos Santos Alves**, CPF nº 097.233.714-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Luciana Arruda dos Santos e Antonio Alves da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/07/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Batista Silva, Nº 86, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99949-6037.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Rosa Lima dos Santos, Xx, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/12/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/12/2018, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHO, ANO 2016, PLACA QFI-0824/PB, CHASSI 9C2KD1000GR023926, REGISTRADA EM NOME DE ANA TAMires AMORIM, NA RUA ROSA LIMA DOS SANTOS, BANCÁRIOS, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU EM UMA OUTRA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO 4 E 5º PODODÁCTILO ESQUERDO, CONFORME CERTIDÃO 0321/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 29 de maio de 2019.

ADRIANO DOS SANTOS ALVES
Noticiante

Procedimento Policial: 05874.01.2019.1.00.401

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:

097.233.714-80 Adriano dos Santos Alves

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

Nome completo:

Adriano dos Santos Alves

CPF:

097.233.714-80

Profissão:

Recurso

Endereço:

R. Maria Batista da Silva

Número:

86

Complemento:

Bairro:

Valentina

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58063-162

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 986634900

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

DADOS CADASTRAIS

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4915

CONTA: 14943

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

5

(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 (vel 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.

Local e Data:

João Pessoa - PB 19/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 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.

Ag 4915

013

ágencia

14943-5

Adriano dos Santos Alves



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: 17/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

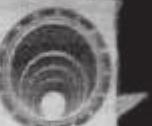
CLIENTE: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04915

CONTA: 000000014943-5

Nr. da Autenticação C2B869FAAF7A6245



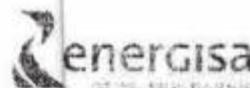
CAGEPA

Rev. Latinoam. Cienc. Soc., Argentina, Ed. Periodica - 200

OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
RUA MARIA BATISTA DA SILVA, 36 - VILA VENUSIA FOZ DO
Iguaçu, PR 58063-162

24 SET. 2019

BOLETO PARA PAGAMENTO



DOCUMENTO SEM VALOR FISCAL
ESTE BOLETO NÃO É EQUIVALENTE À CARTA DE CREDITO.

ESTE DOCUMENTO PODE SER USADO COMO ALIMENTAÇÃO DE ENERGIA. N° 029.864.494

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58071-680
CNPJ 09.065.183 / 0001-40 | Inscrição 16.918.123-6

CELENI DOMINGOS DA SILVA
AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|------------|---------------|
| AGO/2019 | 20/08/2019 | 150 | 27/08/2019 | R\$ 138,62 |

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

Agente F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

| Nro-Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------|
| 502440000229271 | 001371069201908 | 27/08/2019 | R\$ 138,62 | |

Beneficiário: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR:230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

COMPROVANTE
24 SET. 2019

PROVATIVO
AG. JOAO PESSOA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Prêmio de Atendimento: bases comunitárias sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras cidades: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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://www3.susec.dgi.es/BIBLIOTECAWEB/DOCOSIGINALES/PDF/PIPO-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 sobre da profissão e da fáixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprovatória.

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.

¹SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO.²CONSELHO 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 PRÉVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriane dos Santos Alves Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097 233 714-80
do sinistro de CPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adriane dos Santos Alves

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.233.714-80, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

Declaro sincera, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto à Seguradora Unir-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: Rua Agente Fiscau José 6. Duarte Número: 157 Complemento:
Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail: (83) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB 20/09/19

Alcinda Lúcia Pinto
Assinatura da Declarante

24 SET. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Tamires Amorim,

RG nº 3.732.019 data de expedição 01/10/2008

Órgão SEDS-PB portador do CPF nº 304.367.844-75 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Maria da Glória Alves nº 588 *

complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adriano dos Santos Alves cujo o condutor era
Adriano dos Santos Alves

Veículo: moto
Modelo: HONDA Bros

Ano: 2016

Placa: QFJ-0824/PB

Chassi: GC2KD1000 GR023926

Data do Acidente: 08-12-18

Local e Data: João Pessoa, 11-07-19

CARTÓRIO



VIEIRA BATISTA

*Ana Tamires Amorim

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
2º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-030646

Reconhecido por autenticidade e firma da:

ANA TAMIRÉS AMORIM

Dou fôr, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 11/07/2019 11:14:39

EMOL: R\$ 0,81 FEPEN: R\$ 1,88 FARPEM: R\$ 0,20 ISS: R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AHW15683-SNCK

Confira a autenticidade em <https://solodigital.tjpb.jus.br>

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA



COMPROVANTE DE AUTENTICIDADE
COMPRENSÃO DOCUMENTARIA
26 SET. 2019
PRATICADO
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 188630 Atd: Nao Regul
Data: 08/12/2018
Hora: 23:46:53
Recepctionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Num. Prontuario: 2018.12.000988

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3694636 Fone: 986982307

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/07/1993 Id: 25 ano(s)

End.: AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA (COM TIMBO), 320

Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: LUCIANA ARRUDA DOS SANTOS

Pai: ANTONIO ALVES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: COLISAO MOTO X MOTO BANCARIOS AS 23:30 HS

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO BANCARIOS AS 23:30 HS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

| | | |
|------------|---------|--|
| PA: | FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave |
| FC: | TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao |
| Peso: | Altura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia |
| Glicemia: | IMC: | <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado |
| Circ. Abd: | O2%: | <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado |
| | | <input type="checkbox"/> Vomito |

Fixa Principal

Observacao

COLISAO CARRO X MOTO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico) Onde de norte (a
sul e leste e oeste e norte) - No momento da consulta, o paciente é consciente, com
frequência cardíaca regular, pressão arterial normal, respiração regular, temperatura
normal, peso normal e fundo de olho normal.

Diagnóstico - *laringite*

Conduta - Rx de NC (E) - *polos em ambos os lados*

exames para (E)

3x aerojato no setor pediátrico

Prescrição

Horário da medicação

COMPREV PREVIDENCIA S/A

24 SET 2019

- Rx de NC (E) - *albuterol 250 mcg IM*

Dr. Leopoldo Góes
Médico-Cirurgião-Social
CRM/PB 11148

Joseane Borges da
COREM - PB 8871

- Franz Eckert as IV. Personário deputado.
Com PMA de Área Ativa da Marinha do Brasil
 - Flávio as V. Personário com Gento Abatim

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

- Relevante exantema com 115°F + 15
Locomoção dos pés do repto rígido nos primeiros momentos da infecção, fixando tubos e abrindo

- Fissura da base do pé esquerdo

- INTERNATION

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

BRODERTIMENTO REALIZADO

intervento allo stradale e

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria ~ Obito: [] Atestado [] SVO

Adrian Parrot

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

| | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Nome: <u>A. Ribeiro nos Três Poderes</u> | Data da Admissão: <u>07/12/18</u> | | |
| Prontuário: _____ | Idade: <u>25</u> | Enfermaria: _____ | Leito: _____ |
| Nome da Mãe: _____ | | Endereço: _____ Bairro: _____ | |
| Cidade: _____ | Estado: _____ | Fone: _____ | Profissão: _____ |
| Sexo: F() M() | Cor: _____ | Estado Civil: _____ | Religião: _____ |
| Escolaridade: _____ | | Data de Nascimento <u>/ /</u> | |
| QPD: _____ | | | |
| HDA: <u>Urus no pé (F) que acha a</u> <u>trinca, não estiver calçado</u> | | | |
| Medicações em uso: <u>Reflexo Valsalva anti-téticos há 04 mês</u> | | | |
| Interrogatório Sintomatológico: | | | |
| Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____ | | | |
| Pele: _____ | | | |
| Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____ | | | |
| AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____ | | | |
| ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume | | | |
| AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____ | | | |
| SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos | | | |
| SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor | | | |

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Ta
[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = _____ PA= _____
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____ 24 SET. 2013

AGU: _____

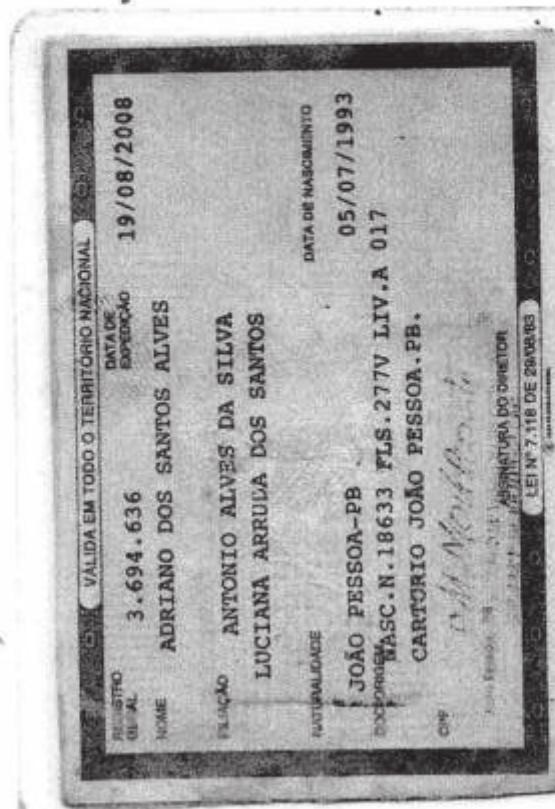
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Hipóteses Diagnósticas: ① FATUM EXISTIA COM PÉSSIMAMÚSCULOS NO IVº RODÍSPICE (E)② FATUM DO Vº RODÍSPICE

Conduta: _____

Internar para observação da evoluçãoapós procedente fértil com anelio docepé (E) - paciente deve se apresentar à





COMPROMISSO DE ENTREGA

24 SET. 2013

François
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547901 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO (4º E 5º PODODÁCTILOS).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PÉ ESQUERDO, DEFORMIDADE , RIGIDEZ ARTICULAR FÍSICO: E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ PORÉM RESULTOU EM DEFORMIDADE, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

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 |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau intenso - 75 % | 15% | R\$ 2.025,00 |
| | | Total | 15 % | R\$ 2.025,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547901 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO (4º E 5º PODODÁCTILOS).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PÉ ESQUERDO, DEFORMIDADE , RIGIDEZ ARTICULAR FÍSICO: E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ PORÉM RESULTOU EM DEFORMIDADE, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

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 |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau intenso - 75 % | 15% | R\$ 2.025,00 |
| | | Total | 15 % | R\$ 2.025,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547901 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES Data do acidente: 08/12/2018 Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(DESBRIDAMENTO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT RESIDUAL DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X

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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau residual - 10 % | 2% | R\$ 270,00 |
| | | Total | 2 % | R\$ 270,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547901 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES Data do acidente: 08/12/2018 Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(DESBRIDAMENTO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X-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.

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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau residual - 10 % | 2% | R\$ 270,00 |
| | | Total | 2 % | R\$ 270,00 |

PROCURAÇÃO

Outorgante: Adriano dos Santos Alves, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Maria Bento da Silveira nº 86, bairro Valentim, Município de José Bonifácio, Estado de(o) PR, Cep: 58063-162, portador(a) do Rg nº 3.621.636, SSP/PR e CPF nº 097.233.714-80.

Outorgado: Alexandra Lúcia Duarte, brasileiro(a),
estado civil Casada, profissão adubo jardim, residente e domiciliado(a) à
Rua Agente Fiscal S-Conf-Dialetto, nº 157, bairro Mamanguape,
Município de J. Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-384
portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB e CPF nº 0046.502-754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Abraão dos Santos Alves, ocorrido em 08/12/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Joa Ruysoa, 19, de Junho de 2019.



Outorgante
CPF Nº 097.233.714-80

AL CERI L'AINÉ FÉLIX FERNANDES - FABRICANTE AUTORIZADA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

24 SEP 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329847/19

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

CPF: 097.233.714-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

ADRIANO DOS SANTOS ALVES : 097.233.714-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329847/19

Número do Sinistro: 3190547901

Vítima: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

CPF: 097.233.714-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA