
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

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



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



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, 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.

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:	CPF:	
Adriano dos Santos Alves	097.233.714.80	
Profissão:	Endereço:	Número: 86 Complemento:
Recusado	R. Maria Batista da Silva	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Valentina	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58063-162	(83) 986634900

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

RENDAS 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: _____

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 14943 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

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.

Ag. 4915

013

agência

14 943-5

Adriano dos Santos Alves



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

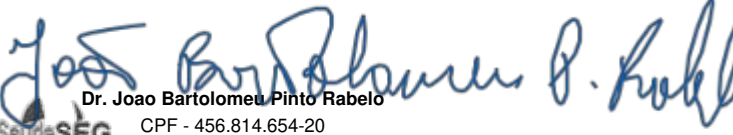
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 PODODÁCTILOS..
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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (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 DEFICIT 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem seqüela 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 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 (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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
CPF - 456.814.654-20
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 Autonomo, 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:

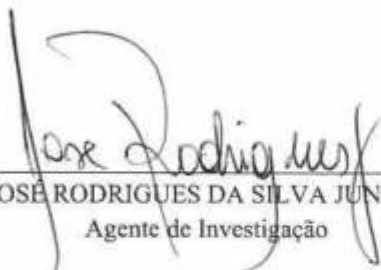
Local: Rua Rosa Lima dos Santos, Xx, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/12/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

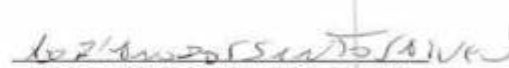
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 PARTICULARES 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de maio de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


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:	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:	CPF:	
Adriano dos Santos Alves	097.233.714.80	
Profissão:	Endereço:	Número: 86 Complemento:
Recusado	R. Maria Batista da Silva	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Valentina	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58063-162	(83) 986634900

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: _____

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 14943 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

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.

Ag. 4915

013

agência

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



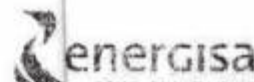
CAGEPA
Rua Federalismo, 288 - Departamento de Engenharia - 81201-900
CURITIBA - PR

OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
RUA MARIA BATISTA DA SILVA, 86 - VALENTINA JOÃO
PRISSOA PR 58063-162

Inscrição	SMI	Quantidade de Especimens				Materiais
		Amostras	Resíduos	Resíduos	Resíduos	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Idiomação	Agua	Exatidão	Exatidão
15097670	15/04/2019	EXATIDÃO	EXATIDÃO	EXATIDÃO	EXATIDÃO	EXATIDÃO
ANTERIOR / ATUAL / CONSENSO (COT) / MCM DE OLAR / PRODUÇÃO COTIZADA						
52	63	11	12	12	12	12
HIST. COTIS / AMOR / LIT / QUALID. AGUA / DIFERENÇA DE PREC. / PL. / PREC. / DIF.						
AGO/2019	12	PARANETRO / EXATID.	AGO/20	EXATID.	EXATID.	EXATID.
AGO/2019	8	TUBERIOZ	0	0	0	0
10/04/2019	22	EXATID.	0	0	0	0
11/1/2019	17	COT. TUBERIOZ	0	0	0	0
AGO/2019	16	COT.	0	0	0	0
AGO/2019	20	COT. TOTAL	0	0	0	0
AGO/2019	15	CAPOS REPERITUT. A. BILZ/2019	0	0	0	0

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
24 SET. 2019
FACULDADE
AG. JOAO PESCO

BOLETO PARA PAGAMENTO



Valor em reais sem valor fiscal.

Valor em reais com valor fiscal de 12%.

Para mais informações consulte o site www.energisa.com.br ou ligue 0800 029.864.494.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.516.223-0

DEBENTOR
CELONI DOMINGOS DA SILVA
AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO 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				
Emissor: CELONI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
F. AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
R. 230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 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://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&CODIGO=25636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.615/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

Adriana dos Santos Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.233.714 80

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Adriana 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 ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

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

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV PREMIOS

24 SET. 2019

FRUTUOSO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Tamires Amorim

RG nº 3.732.019 data de expedição 09/30/2008

Órgão SSDS-PB portador do CPF nº 704.367.844-5 com

domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de

Pernambuco 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: QFI-0324/PB

Chassi: GC2KD1000GR023926


Data do Acidente: 08-12-18

Local e Data: João Pessoa, 11-07-19

CARTÓRIO

Ana Tamires Amorim

Assinatura do Declarante



VIEIRA BATISTA

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

2º OFÍCIO DE NOTAS
DELEGADO DE MANGABEIRA

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-030646

Reconheço por autenticidade a firma de:

ANA TAMIRES AMORIM

Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 11/07/2019 11:14:30

EMOL: R\$ 0,01 FEPJ: R\$ 1,00 FARPEN: R\$ 0,20 ISS: R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AIV15663-SUCK

Confira a autenticidade em <https://selo.digital.spb.ma.br>

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA



COMPREV
COMPREV SERVIÇOS DE DOCUMENTAÇÃO
25 SET. 2019
PROTOCOLO
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
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Num. de vezes atendido: 1

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

Residência: 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:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Exa Principal

COLISAO CARRO X MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Queda de moto com
movimento a para e para a direita e depois para a esquerda, logo
depois ficou no chão - 6 pontos de dor, principalmente no pescoço e costas*

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A

24 SET 2018

Dexametasona 25.1.01.14

*Dr. Reginaldo Gomes
Médico Cirurgião Geral
CRM-PB 19148*

*Joseane Borges da
COREM - PB 8671*

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Adriano dos Santos Alves Data da Admissão: 09/12/18
 Prontuário: _____ Idade: 25 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: _____

HDA: _____

Lesão no pé (D) que acidentou a
travessia; Não estava calçado

Exatidão na pele (F)
 Medicamentos em uso: Refere Vácuos antitéticos lá 04 mar

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
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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-reposso [] 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 [] Banho 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: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *AX*

Hipóteses Diagnósticas:

① Fratura Fechada com Perna
Anquil no IV.º Peroneal (E)

② Fratura do V. P.R.

Conduta:

Internado para observação da viabilidade
dos membros inferiores com curativos locais
e - (para evitar se abrirem a

PROTÓCOLO
24 SET. 2019
COMPREV PREVIDENCIA S/A

Ministério da Fazenda
Receta Federal

CPF

097 233 714 - 80

ADRIANO DOS SANTOS ALVES



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.06

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.694.636 DATA DE EMISSÃO 19/08/2008

NOME ADRIANO DOS SANTOS ALVES

PLACAO ANTONIO ALVES DA SILVA
LUCIANA ARRUDA DOS SANTOS

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 05/07/1993

JOÃO PESSOA-PB
MASC.N.18633 FLS.277V LIV.A 017

CARTURIO JOÃO PESSOA-PB.

CPF

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.118 DE 28/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE VEICULOS

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

INSCRIÇÃO DE VEICULO
 2627718 SSP RJ

CPF
 046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
 21/03/1982

PLACA
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
 01251069000

ACE
 14/01/2013

OUTRA
 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 894056231

ASSINATURA
 Alexandra Cesar Duarte

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

Assinatura do Emissor
 Rodrigo Gomes/ha

66508356744
 98027912555

894056231

COMPRES PREVE

24 SET. 2013

FRONTEIRA
 AG. JOÃO

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 E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOVE 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 E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUARTO E QUINTO DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE 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

Valoração 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

Valoração 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 Botz da Silva nº 86, bairro Valentina, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58063-162, portador(a) do Rg nº 3.691.636, SSP/PB e CPF nº 097.233.714-80

Outorgado: Alexandra Bezerra Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal G. Cordeiro nº 157, bairro Mamãe e Papai, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 262.7718, SSP/PB e CPF nº 046.502.754-74

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) Adriano dos Santos Alves, ocorrido em 08/12/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validadez.

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.

João Pessoa, 19 de Junho de 2019.

CARTÓRIO
2º OFÍCIO DE NOTAS
VITÓRIA BRAGA

Del. Rômulo Vieira Batista - 7
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangueira
CEP: 58060-010 - João Pessoa - PB

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-027432

Reconheço por autenticidade a firma de:
ADRIANO DOS SANTOS ALVES

Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 19/06/2019 10:41:59

EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISSI: R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AIS07101-A9GH

Confira a autenticidade em <http://selodigital.tpb.jo.br>

ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA

Outorgante
CPF nº 097.233.714-80

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPROVANTE

24 SET. 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 médico-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