

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670338 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE FALANGE MÉDIA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. (P.6)

Resultados terapêuticos: REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO. (P.1- ANEXO 1)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS 2º 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 MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO 2º DEDO DO PÉ
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *NÃO APRESENTOU FOLHA DA CIRURGIA REALIZADA.

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 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670338 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE FALANGE MÉDIA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. (P.6)

Resultados terapêuticos: REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO. (P.1- ANEXO 1)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *NÃO APRESENTOU FOLHA DA CIRURGIA REALIZADA.
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 intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Adriano Matias da Silva Junior, brasileiro(a), estado civil casado, profissão imobiliador, residente e domiciliado à Rua Madagascar, nº 511, bairro das Indústrias, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 3778013, SSP/PB e CPF nº 087.683.814-09.

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente T. L. Costa Duarte, nº 157, bairro mangaluz, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-389, 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 Matias da Silva Junior, ocorrido em 26.1.03.12019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza mausadez.

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 22, de 21 Junho de 2019.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Adriano Matias da Silva Junior
Outorgante
CPF Nº 087.683.814-09

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA
2º OFÍCIO DE NOTAS
RUA ELIAS PEREIRA DE ARAÚJO, 40 - MANGALUZ
JOÃO PESSOA - PB

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-04842

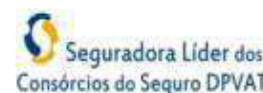
Reconheço por autenticidade a firma de
ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

Do: fe', em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 22/10/2019 09:45:58
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJG90629-AGEW
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpi.br>

RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427415/19

Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

CPF: 087.683.814-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR : 087.683.814-09

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: 02/12/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

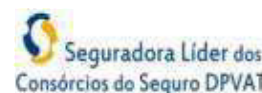
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
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-0427415/19

Número do Sinistro: 3190670338

Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

CPF: 087.683.814-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 23/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670338

Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190670338 Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 06/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670338

Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670338

Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000047609-3

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 087.683.814-09 4 - Nome completo da vítima: Adriano Matias da S. Junior

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

5 - Nome completo: Adriano Matias da S. Junior 6 - CPF: 087.683.814-09
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Madagascar 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Indústrias 12 - Cidade: João Pereira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANCA (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: 1033 CONTA: 47609 3
(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.

22 - 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 do 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, §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 ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pereira - PB 02/12/19
Adriano Matias da Silva Junior

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8012 7469 5406

ADRIANO MATIAS DA SILVA

1033 013 00047609-3 08/21

el



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09153.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09153.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 13 de agosto 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Adriano Matias da Silva Junior**, CPF nº 087.683.814-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Embalador, filho(a) de Maria Tereza de Andrade Dantas e Adriano Matias da Silva, natural de Goiânia/PE, nascido(a) em 07/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Madagascar, Nº S/N, complemento CONDOMÍNIO SÃO RAFAEL III, BLOCO 4, APT 404, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Em Frente Ao Campo de Futebol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-8624.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Panamá, Próximo Ao Residencial Canaã, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/08/19 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 06/08/2019 por volta das 16:30 horas quando transitava, pelo bairro das Indústrias, Cidade Verde, João Pessoa-PB; nas imediações do residencial Canaã, com o veículo tipo HONDA/NXR 160 BROS ano/mod: 2018/2018, de cor preta de placa: QSA4296/PB CHASSI: 9C2KD1000JR005894 pertencente ao Sr. Manoel Messias Galvão do Egito; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo FIAT UNO VIVACE de cor preta, de placa OEW3786/PB conduzido pelo Sr. Agapito Vieira de Sousa (Endereço: Rua Angélica, nº 146, Bairro das Indústrias/Cidade Verde, João Pessoa-PB), que vinha na contra-mão e atingiu o declarante, Que o motorista, Sr. Agapito evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA 2º PDE, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dr. YURY CORDEIRO CRM 11507/PB, Que o sr. Agapito não prestou socorro, evadiu-se do local e está se negando a prestar assistência dos danos materiais e da medicação do declarante.

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.

Cech

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



João Pessoa/PB, 13 de agosto de 2019.

Adriano Matias da Silva Junior
ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 087.683.814-09 4 - Nome completo da vítima: Adriano Matias da S. Junior

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

5 - Nome completo: Adriano Matias da S. Junior 6 - CPF: 087.683.814-09
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Madagascar 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pereira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (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: 1033 CONTA: 47609 3
(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.

22 - 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 do 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, §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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pereira - PB 02/12/19
Adriano Matias da Silva Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8012 7469 5406

ADRIANO MATIAS DA SILVA

1033 013 00047609-3 08/21

el

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: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000047609-3

Nr. da Autenticação 207220316E90C6AE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014797915621

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 ODD. RENAVAL 000. RENAVAL 0115495172-0 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
MANOEL MESSIAS GALVAO DO EGITO

CPF / CNPJ
02073173489

PLACA
QSA4296/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KD1000JR005894

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2019

CAP / POT / OIL
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

ODD. ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC / COTAS

FAIXA PVA

PARCELAMENTO / COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

ICF (R\$)
SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)
P A G O

DATA DE PAGAMENTO
15/04/2019

OBSERVAÇÕES

A.F BCO PANAMERICANO SA

0

JOAO PESSOA-PB

DATA
17/04/2019

9999999



39934

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÓ. SEGURO DPVAT

PB Nº 014797915621

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 922 1204

2019 17/04/2019

VIA 1 02073173489

QSA4296/PB

RENAVAL
01154951720

MARCA / MODELO
HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB.
2018

SITUAÇÃO
9

CHASSI
9C2KD1000JR005894

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRIS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICF (R\$)
SEGURO

VALOR DO SEGURO (R\$)
P A G O

FRAGMENTO
S COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
15/04/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.545.005/0001-04

39934-1110529-20190417

**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: **3190670338**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Madagascar, sn - Das Industrias - João Pessoa - PB - CEP 58083-638

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3778013**

Data e local do acidente: [**06/08/2019**] **Bairro das Industrias João Pessoa PB**

Data e local do exame: [**31/01/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Amputação traumática do segundo pododáctilo esquerdo.

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

Ao exame físico apresenta amputação do segundo pododáctilo esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico com regularização de coito de amputação traumática do segundo dedo do pé, evoluiu com infecção sendo necessário novos procedimentos para limpeza cirúrgica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Apresenta amputação traumática do segundo pododáctilo 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):

Segundo Pododáctilo Esquerdo.

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

Região Corporal (Sequela):

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

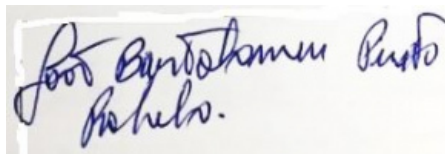
Região Corporal (Sequela):

% 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.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670338 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura e Amputação traumática do segundo pododáctilo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta amputação do segundo pododáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com regularização de coto de amputação traumática do segundo dedo do pé, evoluiu com infecção sendo necessário novos procedimentos para limpeza cirúrgica.

Sequelas permanentes: Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em perda anatômica do 2º pododáctilo E devido a amputação do mesmo.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670338 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura e Amputação traumática do segundo pododáctilo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta amputação do segundo pododáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com regularização de coto de amputação traumática do segundo dedo do pé, evoluiu com infecção sendo necessário novos procedimentos para limpeza cirúrgica.

Sequelas permanentes: Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em perda anatômica do 2º pododáctilo E devido a amputação do mesmo.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00