

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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018718

Vítima: ADRIANO SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO SANTOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200018718 **Vítima: ADRIANO SANTOS DA SILVA**
Data do Acidente: 24/03/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO SANTOS DA SILVA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ADRIANO SANTOS DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000054618-5

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200018718 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 24/03/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Contusão do ombro direito com entorse ligamentar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta discreta hipotrofia muscular, discreta limitação de mobilidade articular com perda de 30 graus de flexão e abdução do ombro direito. Deficit de força motora do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com imobilização com faixa.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do ombro D devido à limitação da mobilidade articular.
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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

057.406.824-44

Adriano Santos da Silva.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Adriano Santos da Silva.	CPF titular da conta 057.406.824-44	Profissão Autônomo
Endereço Rua Serrano Vaz	Número 839	Complemento
Bairro Centro	Cidade Belém	Estado PB
Email Adriano_dpvt@gmail.com	CEP 68000-000	Telefone (DDD) 83198888-0129

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

23/01/2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. 0038	CONTA NRO. 54618	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Lima, 23 de outubro de 2018
Local e Data

Adriano Santos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

057.406.824-44

Adriano Santos da Silva.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Adriano Santos da Silva.	CPF titular da conta 057.406.824-44	Profissão Autônomo
Endereço Rua Serrano Vaz	Número 839	Complemento
Bairro Centro	Cidade Belém	Estado PB
Email Adriano_dpvt@gmail.com	CEP 68000-000	Telefone (DDD) 83198888-0129

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

23/01/2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. 0038	D/V	CONTA NRO. 54618	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Lima, 23 de outubro de 2018
Local e Data

Adriano Santos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 198/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de Guarabira/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr. FABIO FACCIOLO Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 20h:20min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ADRIANO SANTOS DA SILVA, BRASILEIRO, CASADO, PINTOR, NATURAL DO RIO DE JANEIRO-RJ, NASCIDO EM 27/09/1979 (38 ANOS), RG Nº 2287096 SSP/PB E CPF Nº 057.406.824-44, FILHA DE ANTONIO COSTA DA SILVA E MARIA MATIAS DOS SANTOS, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SEVERINO ISMAEL, 435, CENTRO, BELÉM/PB. PONTO DE REFERÊNCIA (BAR TRÊS ESTRELAS) FONE: 83 99943-6146.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA** (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

29/03/2018

2) Data do fato: 24 de MAEÇO de 2018;

PROTOCOLO

3) Horário do fato: APROXIMADAMENTE ÀS 13:30 min;

AG. JOÃO PESSOA

4) Local do fato: NO GIRADOURO DE TRAMATAÍ, GUARABIRA-PB.

5) Descrição do(s) bem(ns)/valor(ES)/objeto(s) roubado(s):

IGNORADO

6) Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:

IGNORADO.

7) Breve resumo do fato:

QUE, NO DIA 24-03-2018, POR VOLTA DAS 13:30 HORAS, SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO PILOTAVA UM VEÍCULO TIPO/ESPÉCIE: MOTONETA, MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 EX, PLACA: OSS-8644-PB, COR: BRANCA, ANO FABRICAÇÃO/MODELO: 2012/2013, CHASSI: 9C2JC4830DR008702, RENAVAM: 00497872986, REGISTRADO NO DETRAN-PB EM NOME DE JOSÉ ANTONIO DA SILVA. FOI ATENDIDO NO DIA E HORÁRIO SUPRACITADO NO PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DA CIDADE DE GUARABIRA-PB, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DELEGACIA. MOTIVO PELO QUAL, PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Adriano Santos da Silva
ADRIANO SANTOS DA SILVA
Comunicante

[Signature]
Escrivã(o)/Agente



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09861.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09861.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Á(s) 10:18 horas do dia 17 de dezembro de 2018, 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Adriano Santos da Silva**, CPF nº 057.406.824-44, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Lanterneiro, filho(a) de Maria Matias dos Santos e Antonio Costa da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 27/09/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino Ismael, Nº 435, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99943-6146.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 073, Rodovia Pb 073, Pirpirituba/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/03/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 24/03/2018, POR VOLTA DAS 13:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA BIZ DE COR BRANCA, ANO 2012/13, PLACA OFF-8644/PB, CHASSI 9C2JC4830DR008702, PERTENCENTE AO SENHOR JOSÉ ANTONIO DA SILVA, QUANDO EM UM GIRADOR DA PB 073 QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UM PARTICULAR ATÉ O HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA LTDA ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CONTUSÃO DO OMBRO DIREITO COM CID S40.0; CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA PELO MÉDICO DR. ALNISIO PAREDES CRM 1600; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARÉCER A DELEGACIA DA ÁREA AFIM DE QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2018.

JOÉS RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação



ADRIANO SANTOS DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 09861.01.2018.1.00.401

21 DEZ. 2018

PROTOCOLO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 198/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de Guarabira/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr. FABIO FACCIOLO Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 20h:20min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ADRIANO SANTOS DA SILVA, BRASILEIRO, CASADO, PINTOR, NATURAL DO RIO DE JANEIRO-RJ, NASCIDO EM 27/09/1979 (38 ANOS), RG Nº 2287096 SSP/PB E CPF Nº 057.406.824-44, FILHA DE ANTONIO COSTA DA SILVA E MARIA MATIAS DOS SANTOS, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SEVERINO ISMAEL, 435, CENTRO, BELÉM/PB. PONTO DE REFERÊNCIA (BAR TRÊS ESTRELAS) FONE: 83 99943-6146.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA** (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta ~~Delegacia de~~ Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

29/03/2018

2) Data do fato: 24 de MAEÇO de 2018;

PROTOCOLO

3) Horário do fato: APROXIMADAMENTE ÀS 13:30 min;

AG. JOÃO PESSOA

4) Local do fato: NO GIRADOURO DE TRAMATAÍ, GUARABIRA-PB.

5) Descrição do(s) bem(ns)/valor(ES)/objeto(s) roubado(s):

IGNORADO

6) Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:

IGNORADO.

7) Breve resumo do fato:

QUE, NO DIA 24-03-2018, POR VOLTA DAS 13:30 HORAS, SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO PILOTAVA UM VEÍCULO TIPO/ESPÉCIE: MOTONETA, MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 EX, PLACA: OSS-8644-PB, COR: BRANCA, ANO FABRICAÇÃO/MODELO: 2012/2013, CHASSI: 9C2JC4830DR008702, RENAVAM: 00497872986, REGISTRADO NO DETRAN-PB EM NOME DE JOSÉ ANTONIO DA SILVA. FOI ATENDIDO NO DIA E HORÁRIO SUPRACITADO NO PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DA CIDADE DE GUARABIRA-PB, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DELEGACIA. MOTIVO PELO QUAL, PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Adriano Santos da Silva
ADRIANO SANTOS DA SILVA
Comunicante

[Signature]
Escrivã(o)/Agente

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 021

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (poderão ser a mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Adriano Santos da Silva

CPF da Vítima

057.406.824-64

Data do Acidente

24-03-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPRESEGURÓS E PREVIDÊNCIA S/A

29 JUL 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data

João Pessoa, 23 de outubro

de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 021

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (poderão ser mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Adriano Santos da Silva

CPF da Vítima

057.406.824-61

Data do Acidente

24-03-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPRESEGURÓS E PREVIDÊNCIA S/A

29 JUL 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

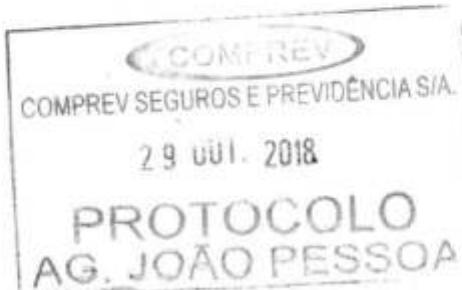
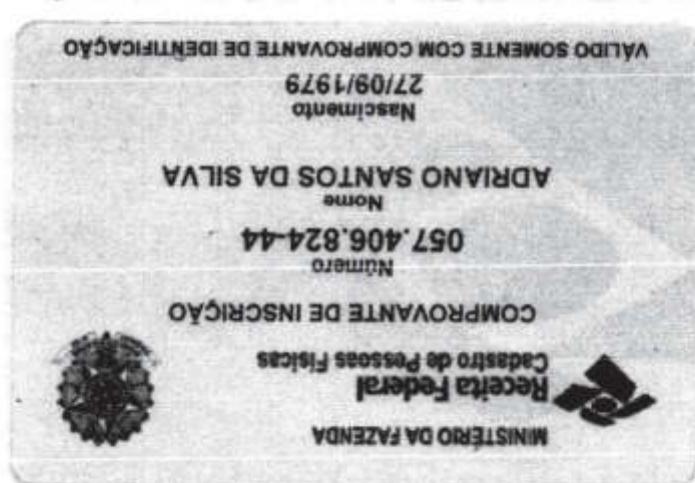
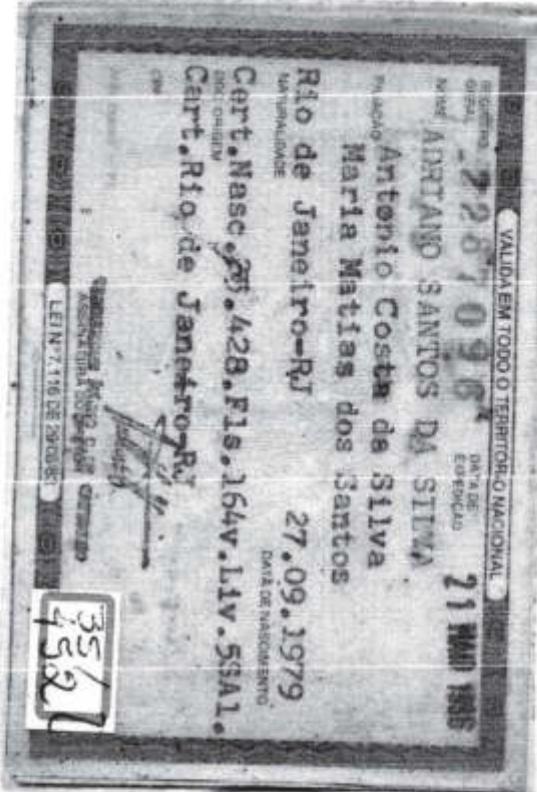
Local e Data

João Pessoa, 23 de outubro

de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09861.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09861.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Á(s) 10:18 horas do dia 17 de dezembro de 2018, 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Adriano Santos da Silva**, CPF nº 057.406.824-44, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Lanterneiro, filho(a) de Maria Matias dos Santos e Antonio Costa da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 27/09/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino Ismael, Nº 435, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99943-6146.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 073, Rodovia Pb 073, Pirpirituba/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/03/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 24/03/2018, POR VOLTA DAS 13:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA BIZ DE COR BRANCA, ANO 2012/13, PLACA OFF-8644/PB, CHASSI 9C2JC4830DR008702, PERTENCENTE AO SENHOR JOSÉ ANTONIO DA SILVA, QUANDO EM UM GIRADOR DA PB 073 QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UM PARTICULAR ATÉ O HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA LTDA ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CONTUSÃO DO OMBRO DIREITO COM CID S40.0; CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA PELO MÉDICO DR. ALNISIO PAREDES CRM 1600; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARÉCER A DELEGACIA DA ÁREA AFIM DE QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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.

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2018.

JOÉS RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação



ADRIANO SANTOS DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 09861.01.2018.1.00.401

21 DEZ. 2018

PROTÓCOLO

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO SANTOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 00000054618-5

Nr. da Autenticação 98101B57EF64132E

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Este documento não é segunda-via da conta.

Este documento serve para pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica N° 014.309.463



EDUCAÇÃO, INCLUSÃO
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE EDILSON DEOCLECIANO
RUA SEVERINO ISMAEL 839 CASA A
BELEM

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1812406-5

REFERÊNCIA

OUT/2018

APRESENTAÇÃO

19/10/2018

CONSUMO

128

VENCIMENTO

26/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 118,30



DESTAQUE AQUI

JOSE EDILSON DEOCLECIANO

Roteiro: 11-056-830-0718

83610000001-4 18300054000-9 18124062018-5 10400056019-3

Acesse: www.energisa.com.br

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/10/2018	R\$ 118,30	1812406-2018-10-4



Dr .Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Adriano Santos da Silva é portador do CID : S 40.0 proveniente de contusão de ombro direito ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

06-01-2020

Dr. Anuar Murad Filho
Médico - CRM-PB 8.742
Dr. Adriano da Mata, Muz401
1130 Desenvolvimento - PB

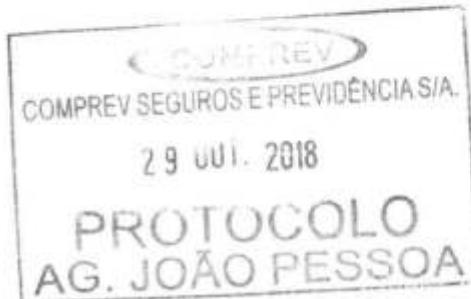
Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui barabosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (83) 3271 1156

Fax: (83) 3271 4032

DECLARAÇÃO

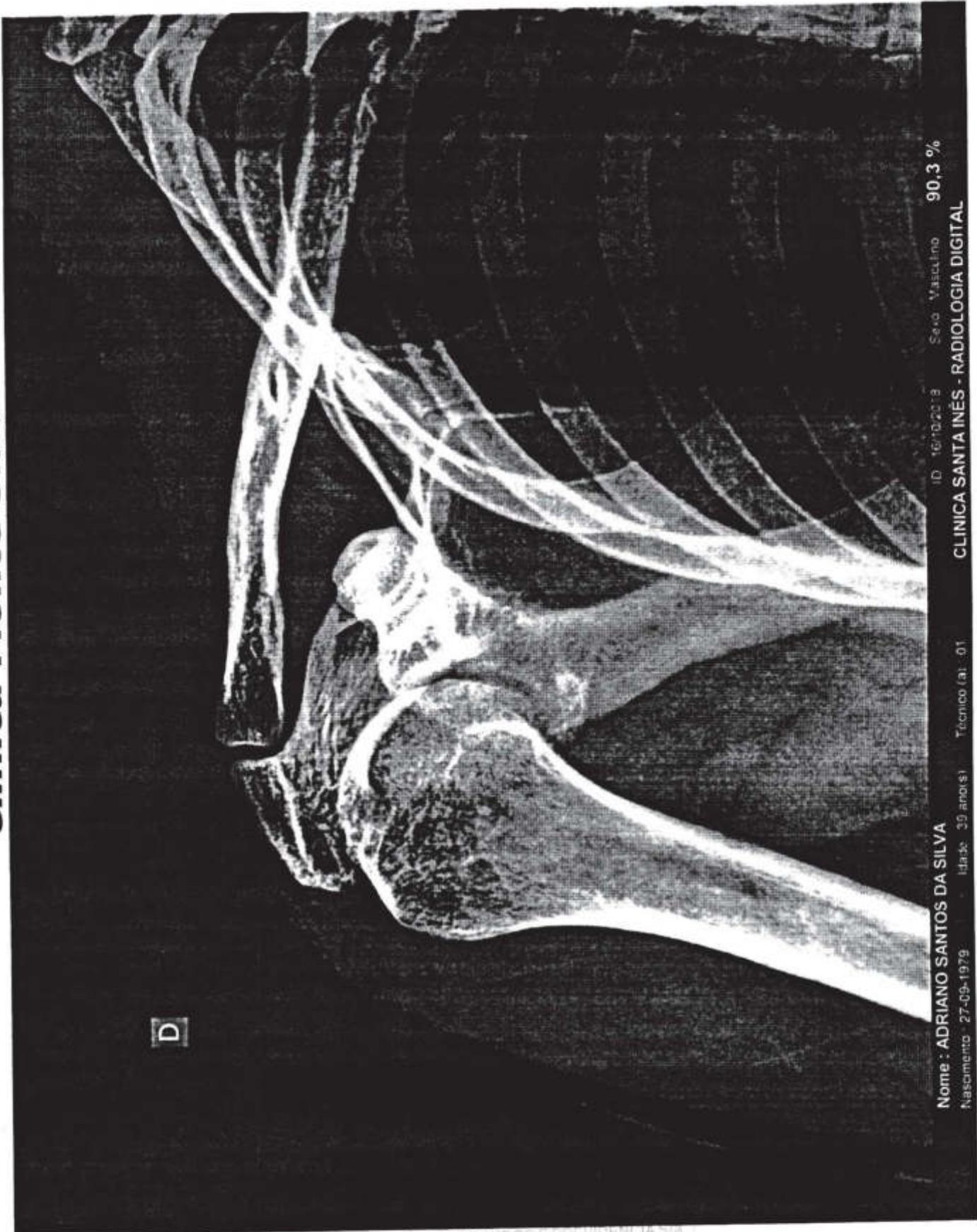


Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, ADRIANO SANTOS DA SILVA, pintor, brasileiro, portador do RG: 2.287.096 SSP-PB, residente e domiciliado à rua Severino Ismael Nº 539, centro, Belém-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda – CNPJ: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 24/03/2018, tendo como diagnóstico de Contusão do Ombro direito CID 10 S40.0, com quadro clínico exame realizado raios x do Ombro direito e sem imobilização devido as escoriações, retornou nestas respectivas datas 28/03/2018, 11/04/2018 e 09/05/2018, para controle radiológico e avaliação médica. Conforme consta na ficha Ambulatorial Nº 351.452/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 09 de Maio de 2018.

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read 'Adriano Santos', is written over a horizontal line.

Pronto Socorro de Fraturas
Guarabira - Paraíba



COMPREV SEGUROSE E PREVIDENCIASA

29 OUT. 2018

PROTÓCOLO
AG. SAO JOAQUIM PESSOA

Nome : ADRIANO SANTOS DA SILVA
Nascimento: 27-09-1979

Idade: 39 anos(s) Técnico (a): 01

ID: 16102018 Seu(a) : Vasculino 90,3 %

CLINICA SANTA INÉS - RADILOGIA DIGITAL

Rua Edivaldo Toscano - 209 - Bela Vista - Guarabira PB - CEP: 58.200-000
Fones: (83) 3271.1100 - 3271.1333 - 9 8760-0266 (01)

Clinica Monte São



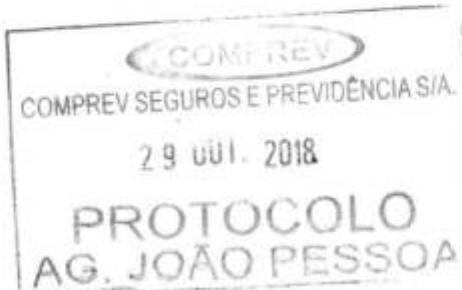
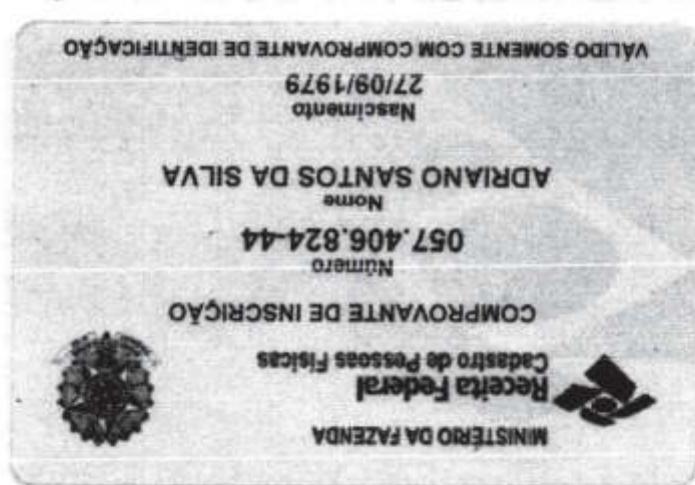
29 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

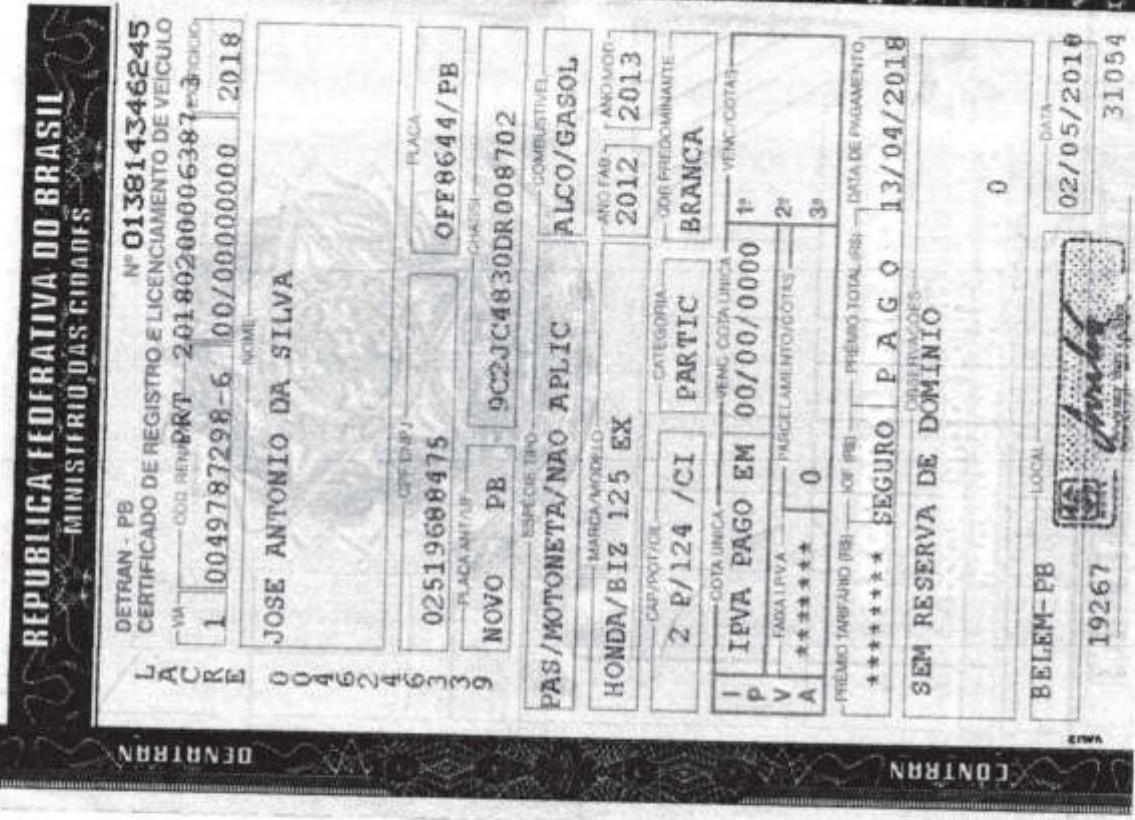
Nome : ADRIANO SANTOS DA SILVA
Nascimento : 27-09-1979
Idade : 39 anos

ID : 16102018
Técnico (a) : 01

Sé o : Vasculino
90.3 %
CLINICA SANTA INÉS - RADILOGIA DIGITAL

Rua Ediuardo Toscano - 209 - Bela Vista - Guarabira PB - CEP : 58.200-000
Fones: (83) 3271.1100 - 3271.1333 - 9 8760-0266 (01)





**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: **3200018718**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO SANTOS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SEVERINO ISMAEL, 539 - CENTRO - Belém - PB - CEP 58255-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2287096**

Data e local do acidente: [**24/03/2018**] **Cidade de Guarabira PB**

Data e local do exame: [**27/01/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Contusão do ombro direito com entorse ligamentar.

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

Ao exame físico apresenta discreta hipotrofia muscular, discreta limitação de mobilidade articular com perda de 30 graus de flexão e abdução do ombro direito.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Realizado tratamento conservador com imobilização com faixa.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Apresenta discreta hipotrofia muscular e deficit de força motora do ombro direito.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito.

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

Região Corporal (Sequela):

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

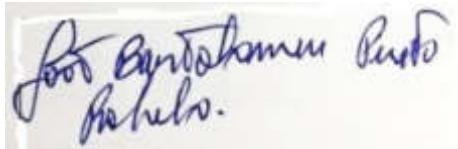
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016297/20

Vítima: ADRIANO SANTOS DA SILVA

CPF: 057.406.824-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/03/2018

Titular do CPF: ADRIANO SANTOS DA SILVA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANO SANTOS DA SILVA : 057.406.824-44

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: 13/01/2020
Nome: ADRIANO SANTOS DA SILVA
CPF: 057.406.824-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADRIANO SANTOS DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA