

---

**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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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
	057.406.804-44	Adriano Santos da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Adriano Santos da Silva	057.406.804-44	Autônomo	
Endereço	Número	Complemento	
Rua Senador Vitorino	839		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Belém	PA	66000-000
Email	Telefone (DDD)		
adriano.dpvat@gmail.com	(83) 98888-0129		
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.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<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 checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0038		54638	5
(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 Pessoa, 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
	057.406.804-44	Adriano Santos da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Adriano Santos da Silva	057.406.804-44	Autônomo	
Endereço	Número	Complemento	
Rua Senador Dória	839		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Belém	PA	66000-000
Email	Telefone (DDD)		
adriano.dpvat@gmail.com	(83) 98888-0129		
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.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<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 checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0038		54638	5
(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 Pessoa, 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 FACCILOLO Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(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;
- 2) Data do fato:** 24 de MAEÇO de 2018;
- 3) Horário do fato:** APROXIMADAMENTE ÀS 13:30 min;
- 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, RENAVAL: 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, escrevã(o) que digitei.

*Adriano Santos da Silva*  
ADRIANO SANTOS DA SILVA  
Comunicante

*[Assinatura]*  
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: À(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:**

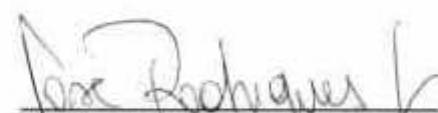
Local: Pb 073, Rodovia Pb 073, Pirpirituba/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/03/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

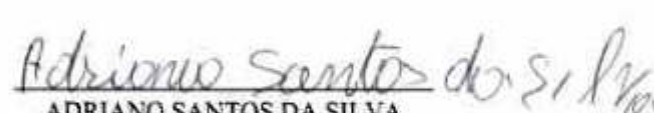
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

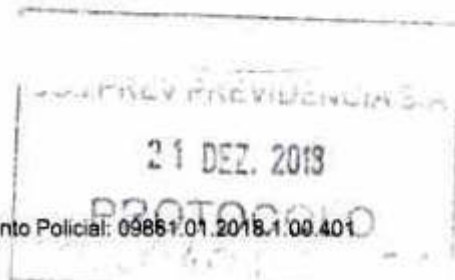
QUE NO DIA 24/03/2018, POR VOLTA DAS 13:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA BIZ DE COR BRANCA, ANO 2012/13, PLACA OFF-8644/PB, CHASSI 9C2JC4830DR008702, PERTENCENTE AO SENHOR JOSÉ ANTONIO DA SILVA, QUANDO EM UM GIRADOR DA PB 073 QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, 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 COMPARECER 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.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
ADRIANO SANTOS DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 09861.01.2018.1.00.401



**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 FACCILOLO Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(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;
- 2) Data do fato:** 24 de MAEÇO de 2018;
- 3) Horário do fato:** APROXIMADAMENTE ÀS 13:30 min;
- 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, RENAVAL: 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, escrevã(o) que digitei.

*Adriano Santos da Silva*  
ADRIANO SANTOS DA SILVA  
Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivã(o)/Agente



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 022 1204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (se 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 (pai, 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

057.406.824-54

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 do respectivo pedido.

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.

COMPANHIA  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 JUL 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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 022 1204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (se 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 (pai, 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

057.406.824-54

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 do respectivo pedido.

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.

COMPANHIA  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 JUL 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 23 de outubro de 2018

Local e Data

Adriano Santos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.10.A



CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

2287096

DATA DE EXPIRAÇÃO 21 MAR 1985

NOME ANDRIANO SANTOS DA SILVA

NASCIMENTO Anteroio Costa da Silva

MARIA MATIAS dos Santos

Rio de Janeiro-RJ

27.09.1979

Cert.Nasc. 428.Fls.164v.Llv.55A1.

Cert.Rio de Janeiro-RJ

ASSISTENTE SOCIAL

LEIN 7116 DE 29/08/81

35/4321

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 057.406.824-44

Nome ADRIANO SANTOS DA SILVA

Nascimento 27/09/1979

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





**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: À(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:**

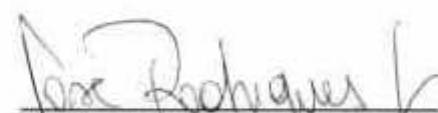
Local: Pb 073, Rodovia Pb 073, Píripituba/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/03/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

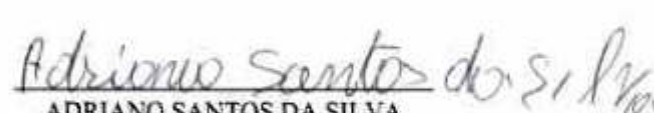
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

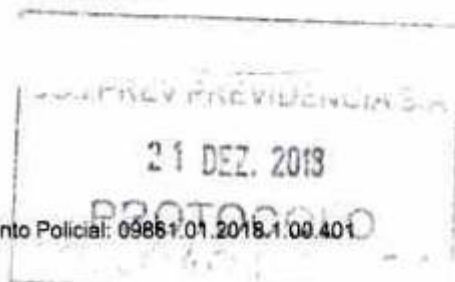
QUE NO DIA 24/03/2018, POR VOLTA DAS 13:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA BIZ DE COR BRANCA, ANO 2012/13, PLACA OFF-8644/PB, CHASSI 9C2JC4830DR008702, PERTENCENTE AO SENHOR JOSÉ ANTONIO DA SILVA, QUANDO EM UM GIRADOR DA PB 073 QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, 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 COMPARECER 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.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
ADRIANO SANTOS DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 09861.01.2018.1.00.401

# 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: 000000054618-5

---

Nr. da Autenticação 98101B57EF64132E

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 014.309.483



ENERGISA PARAIBA - 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

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

Centros

JOSE EDILSON DEOCLECIANO

Roteiro: 11-056-830-0718

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

### VENCIMENTO

26/10/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 118,30

### MATRICULA

1812406-2018-10-4





Dr. Anuar Murad Filho

*Clinica 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. João da Mata, N° 401  
1.º Ten. Desemb. - DR

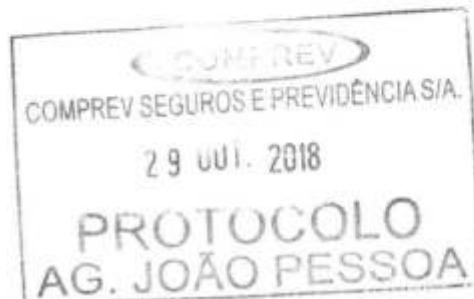
Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

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

Fone: (83) 3271 1156

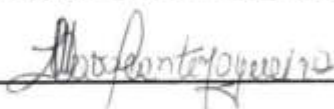
Fax: (83) 3271 4032

## DECLARAÇÃO

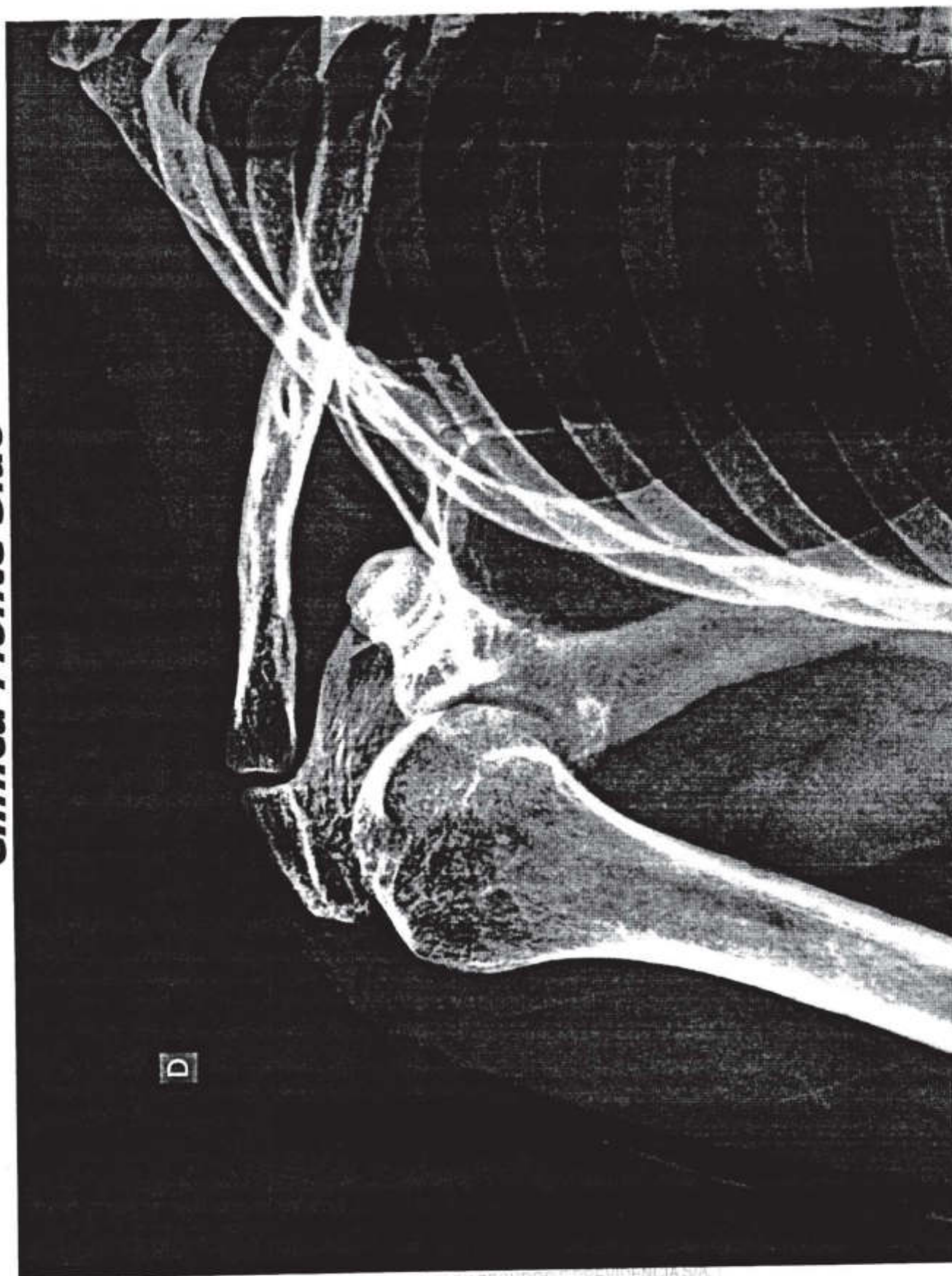


Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, ADRIANO SANTOS DA SILVA, Pintor, brasileiro, portador do RG: 2.287.096 SSP-PB, residente e domiciliado à rua Severino Ismael Nº 539, centro, Belém-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira 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.

  
\_\_\_\_\_  
Pronto Socorro de Fraturas  
Guarabira - Paraíba

D



Nome : ADRIANO SANTOS DA SILVA ID 16/10/2018 Sexo Masculino 90,3 %  
Nascimento : 27-09-1979 Idade : 39 anos (a) Técnico (a) : 01 CLINICA SANTA INES - RADIOLOGIA DIGITAL

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

29 OUT. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



# Clínica Monte Sião

D



Nome : ADRIANO SANTOS DA SILVA

Nascimento: 27-09-1979

Idade: 39 anos

Técnico (a): 01

ID: 16-10-2018

Sexo: Masculino

90,3 %

CLINICA SANTA INÊS - RADIOLOGIA DIGITAL

Rua Edvardo Toscano - 209 - Bela Vista - Guarabira PB - CEP.: 58.200-000

Fones: (83) 3271.1100 - 3271.1333 - 9 8760-0266 (01)

29 JUL 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.10.A



CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SIGILO 2287096

DATA DE EXPIÇÃO 21 MAR 1985

NOME ANDRIANO SANTOS DA SILVA

NASCIMENTO Anterio Costa da Silva

MARIA Matias dos Santos

Rio de Janeiro-RJ 27.09.1979

Cert.Nasc. 428.Fls.164v.Llv.55A1.

Cert.Rio de Janeiro-RJ

ASSINATURA: [Signature]

LEI N. 7.116 DE 29/08/73

35/4321

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 057.406.824-44

Nome ADRIANO SANTOS DA SILVA

Nascimento 27/09/1979

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA







**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?**

[ ☒ ] 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)?**

[ ☒ ] 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: ( X ) 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

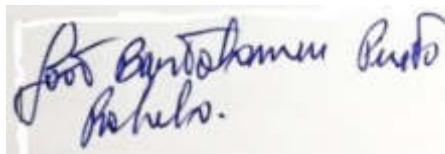
Região Corporal (Sequela):

% 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

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 24/03/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADRIANO SANTOS DA SILVA

## 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](http://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