

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2016

Carta nº: 9332006

A/C: GEOVANI FEITOSA ARAUJO

Sinistro: 3160398308 ASL-0942202/16
Vitima: GEOVANI FEITOSA ARAUJO
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2016

Carta nº: 9346869

A/C: GEOVANI FEITOSA ARAUJO

Sinistro: 3160398308 ASL-0942202/16
Vitima: GEOVANI FEITOSA ARAUJO
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo informa incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2017

Carta nº 10317411

a/c: GEOVANI FEITOSA ARAUJO

Sinistro: 3160398308 ASL-0942202/16
Vitima: GEOVANI FEITOSA ARAUJO
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



000144

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA ...Líder DPVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GEOVANI FEITOSA ARAUJOPORTADOR(A) DO RG N° 2007341036-0 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 25/08/09 ECPF 0560111763-19 CNPJ 00000000000000 PROFISSÃO AUTONOMO
E RENDA MENSAL DE R\$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA GEOVANI FEITOSA ARAUJO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, MG (meio empresarial) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPLANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, recortos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2587 N° da CONTA (com dígito, se existir) 20.035-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPLANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2587 N° da CONTA (com dígito, se existir) 20.035-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

12 de maio

de 2016

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à Legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de hospitalização permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurobrasil.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Page: 1 Document Name: untitled

CALXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 19/04/2

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPI
PAG:

AG: 3587 NOVA JUAZEIRO OPER: 013 CONTA: 20.035-5
PERIODO: 19042016 ATE: 19042016 CPF: 055.111.163-19
NOME: GEOVANI FEITOSA ARAUJO VLR.BLQ.JUD.: 0,0

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D

SALDO EM 18/04/2016 R\$ 0,00
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. R0R17
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALJ



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 3766 / 2016



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 04/03/2016 09:56:15
Data / Hora da Ocorrência: 11/02/2016 19:00:00
Endereço da Ocorrência: R. JÚLIO MARCELINO

PTO XII JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência: MERCARIA DO VALDIN

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: GEOFANI FEITOSA ARAUJO
Nascimento: 13/03/1993
RG: 20073418360 Órgão Emissor: SSP - UF: CE - CPF: 05511116319
Filiação: CIVANILDO LIMA DE ARAUJO
GERALDO FEITOSA ARAUJO
Endereço: R VIDEIJINA SARAIVA LANDIM 188
TIMBAUBAS
JUAZEIRO DO NORTE/CE/BRASIL
Telefone: 8879-1560225

REGISTRO
REGISTRAÇÃO DE Ocorrência

04 ABR. 2016

Histórico

Afirmo A VITIMA, informada das penas cometidas no falar testemunha, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou entorpecente que NA HORA, DIA E LOCAL ALTA INFORMADOS ESTAVA CONDUTINDO O CICLOMOTOR XVSUQ JET, VERMELHA, CHASSI N° LXVXCP1000487590, ANO 2013/2013, SEM PLACA, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA AVANÇOU A FRENTE DA VITIMA E VIERAM A COLIDIR, QUE A VITIMA CAIU AO CHÃO E FOI SOCORRIDA POR FOPULARES, LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE/CE; QUE O OUTRO CONDUTOR EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE SOFRU FRATURA EXPOSTA EM UMA DEO DO PÉ DIREITO; QUE APRESENTOU OS SEGUINTE DOKTIMENTOS QUE SEGUIM CÓPIAS ANEXAS: NOTA FISCAL DO CICLOMOTOR, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC, RG E CPF. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, assinado

vid

devidamente

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Valmir Pereira Gomes Junior

MAT.: 405149-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alessandro Araujo Jr.

VISTO DO DELEGADO(A):

LIVI GONÇALVES LRAL - MAT.: 132616-1-X

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMT



Eu, SEGUANI FERREIRA ARAUJO, portador da carteira de identidade nº 2007341036 e inscrito no CPF/MF sob o nº 055.811.163-19, residente e domiciliado na RUA VIBELINA SAEMIVA LARANJIM N° 188, Cidade J. DO NORTE, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMT para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IMT no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IMT localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IMT localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IMT, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Seguani Ferreira Araujo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUazeiro do Norte - CE, 12/05/2016

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GEOFANI FEITOSA ARAUJO Prontuário: 129337 Admissão: 21/02/2016
 Data Nasc.: 13/03/1993 Idade: 22 ano(s) 11 mes(es) e 10 dia(s) Telefone:
 Mãe: GERALDA FEITOSA ARAUJO
 Sexo: Masculino RG: 20073410360 Município: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP: Bairro: JOÃO CABRAL
 Endereço: RUA JOÃO MARCELINO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: WONESKA RODRIGUES PINHEIRO Horário: 19:22
 Queixa: DOR EM MÍD DEVIDO ACIDENTE DE TRANSITO
 Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
 Discriminador: Dor moderada *
 Salão: Glasgow: 15 Temp.: 36,8 Glicemia: Régua: 5 P脉/FC:

ATENDIMENTO

Médico: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA CRM: 23092 N° 311315 P.A.:
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
 Elxo: PEQUENAS CIRURGIAS
 Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO)
 Comorbidade:
 HOA/Exame Físico:
 LUXAÇÃO EXPOSTA DE INTRAFALANGICA DE 5º DEDO DO PÉ DIREITO
 GD: LMC + REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/02/2016 19:22:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada *	AMARELO	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Ligação	Situação
			PRONTÍARIO REGISTRAÇÃO DE EXAMES

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
ALTA APÓS A MEDICAÇÃO	02 MAR 2016
DIPIRONA 1G EV	



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GEOFANI FEITOSA ARAUJO Prontuário: 129337 Admissão: 21/02/2016
Data Nasc.: 13/03/1983 Idade: 22 ano(s) 11 mes(es) e 10 dia(s) Telefone:
Mãe: GERALDA FEITOSA ARAUJO
Sexo: Masculino RG: 20073410360 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: JOAO CABRAL
Endereço: RUA JOAO MARCELINO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: WONESKA RODRIGUES PINHEIRO Horário: 19:22
Queixa: DOR EM MÍD DEVIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor moderada
Safo2: Glasgow: Temp.: Glicemias: Régua: 6 Puleo/FC:

ATENDIMENTO

Médico: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA CRM: 23092 N° 311315 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Exo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOCÉLIO)
Comorbidade:
HQAE/Exame Físico:
LUXAÇÃO EXPOSTA DE INTRAFALANGICA DE 5º DEDO DO PÉ DIREITO
CD: LMC + REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO PERCUTANEA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/02/2016 19:22:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada *	AMARELO	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Ligante	Exame
			PARAFUSO REMANEJADO DE SINTAXIS
02 MAR. 2016			
Prescrição	CRM:	21/02/16 20:49	Horário:
ALTA APÓS A MEDICAÇÃO	23092		
DIPIRONA 1G EV			



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Opportunité Sociale mondiale pour l'application des normes internationales de sécurité sociale au sein de l'Union Africaine.

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTOÁRICO

Govt. of India

Post Office Box 5000
Waco, Texas 76701

DO NOT

Richard Edwards & Associates

Peruáno & L. M. C.

Trans on 25/02/16

DATA

MEDICAL CREDITS

