

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 início 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 infor.
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



0014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA

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 Nº 2007341036-0 EXEDITO POR SSP-CE EM 25/08/09 ECPF 055070763-19 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO AUTÔNOMOE RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO 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 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a controlar 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 Função.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) 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 POUPANÇA operação 813 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3583 Nº 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.

F. do NOME 12 de maiode 2016

LOCAL E DATA

x Geovani Feitos Araujo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez 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.dpvatsegprotebrasil.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Page: 1 Document Name: untitled

CAIXA 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	TAXA	VALOR	SALD
----------	------------------	------	-------	------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	R\$ 0,00
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	ROR17
			F12 FINALI



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



BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 19:00:06
Endereço da Ocorrência: R. JUAZ MARCELINO

PIQ XII JUAZEIRO DO NORTE / CE

Ponto de Referência: MERCERIA DO VALDIN



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: GEOVANI FEITOSA ARAUJO
Nascimento: 13/03/1993
RG: 20873418368 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 05511116319
Filiação: CIVANILDO LIMA DE ARAUJO
GERALDO FEITOSA ARAUJO
Endereço: R. VIDEJINA SARAIVA LANDIM 188
TIMBAURAS
JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

RECEBUEIRO
REGISTRADO DE OCORRÊNCIAS

04 ABR. 2016

Telefone: 88912345678

Histórico

Afirmo A VÍTIMA, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA TERÇA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS ESTAVA (CONDUZINDO) O CICLOMOTOR XY50Q JET, VERMELHA, CHASSI Nº LXVXCHL00D0487590, ANO 2013/2013, SEM PLACA, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA AVANÇOU A FRENTE DA VÍTIMA E VIERAM A COLIDIR: QUE A VÍTIMA CAIU AO CHÃO E FOI SOCORRIDA POR POPULARES, 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 SOFREU FRATURA EXPOSTA EM UMA DEDO DO PÉ DIREITO; QUE APRESENTOU OS SEGUINTE DOCUMENTOS QUE SEQUEM 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, ☒ não ☐ devidamente ☐ assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

VALMIR PEREIRA GOMES JUNIOR - MAT.: 405149-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

A. G. Valmir Pereira Gomes Junior

VISTO DO DELEGADO(A):

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, GEDUANI FEITOSA ARAUJO, portador da carteira de identidade nº 2007341036 e inscrito no CPF/ME sob o nº 055.41.163-19 residente e domiciliado na RUA VIBELINA SARAIVA LANCHINI Nº 188 Cidade J. DO NORTE Estado CEARA 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML 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-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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X. GEDUANI FEITOSA ARAUJO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE - CE, 12/05/2016

Local e data

ATO

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
Risco:	AMARELO	Classificador:	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO
Queixa:	DOR EM MÍD DEVIDO ACIDENTE DE TRANSITO		
Fluxograma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES		
Discriminador:	Dor moderada *		
Sale02:	Glasgow:	Temp.:	Glicemia:
			Régua: 6
			Pulso/FC:

ATENDIMENTO			
Médico:	LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA	CRM:	23082 N°
Acidente:	Sim	Agressão:	Não
Exto:	PEQUENAS CIRURGIAS	Peso:	
Hipótese Diagnóstica:	FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO)		
Comorbidade:			
HDA/Exame Físico:			
LUXAÇÃO EXPOSTA DE INTRAFALANGICA DE 5º DEDO DO PÉ DIREITO			
GD: 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	Legante	Grupo
<p align="center">PRESCRIÇÃO</p>			<p align="center">PRESCRIÇÃO</p>
Médico:	LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA	CRM:	23082
Prescrição:		Data:	21/02/16 10:49
ALTA APOS A MEDICAÇÃO		Horário:	
DIPIRONA 1G EV			

Rua Catulo da Paixão Ceapense, S/N, Triângulo - CEP 53041-162 - Juazeiro do Norte - CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO	
Nome: GEOVANI FEITOSA ARAUJO	Prontuário: 129337 Admissão: 21/02/2016
Data Nas.: 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
Queixa: DOR EM MÍD DEVIDO ACIDENTE DE TRANSITO	Horário: 19:22
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	
Discriminador: Dor moderada *	
Sato2: Glasgow: Temp: Glicemia: Régua: 6 Pulso/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 TORNOZELO)	
Comorbidade:	
HDA/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	Legante	Citação
			FUTURO DESENVOLVIMENTO REGULADOR DE SINISTROS 02 MAR 2016
PRESCRIÇÃO			
Médico: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA	CRM: 23092	21/02/16 20:49	
Prescrição		Horário:	
ALTA APOS A MEDICAÇÃO		Assina:	
DIPIRONA 1G EV			



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



ISGH



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Órgão de Saúde Municipal com Implantação de
Atendimento de Alta Complexidade em Saúde

RÉCEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

GEORGE F. ARAÚJO

DO ANTO DENTISTAS

ULCERAS EXPOSTAS SO DADO

DO PÉ (D)

Redução (Dentes + Arcos)

Procedimento + L.M.C

Tratado em 21/02/16

DATA: 21/02/16

MÉDICO (CRM)

Dr. Leonardo Tavares
Médico Dentista
CRM 10.123/16

Hospital Regional do Cariri | Rua Carlos de Alencar Duarte, s/nº - Bairro: Campina | Natal, RN | CEP: 59012-000 | Fone: (51) 3211-1111 | Site: www.hrcariri.org.br



0012

From next sample, do not add 100 µl

