

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273187

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 0000021026-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273187

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063 696 543-02	JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO	063 696 543-02	
Profissão:	Endereço:	Número:
EMPRESARIO	DISTRITO ASSUNÇÃO	23
Bairro:	Cidade:	Estado:
DISTRITO ASSUNÇÃO	SOLO NO POLE	CEARA
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	63620-000	(88) 99719 4143

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:    CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:    CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: SOLO NOPOLE-CE, 20 de JULHO de 2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

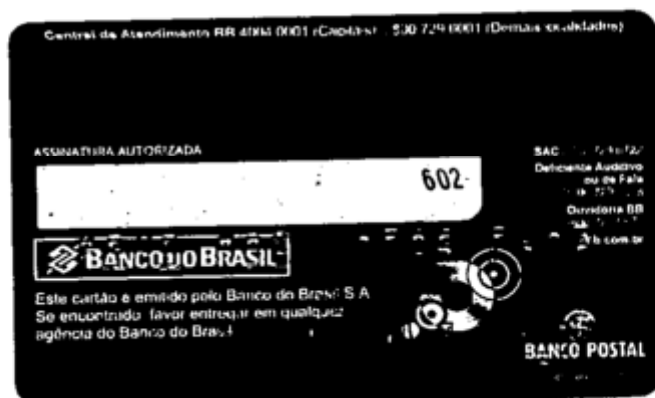
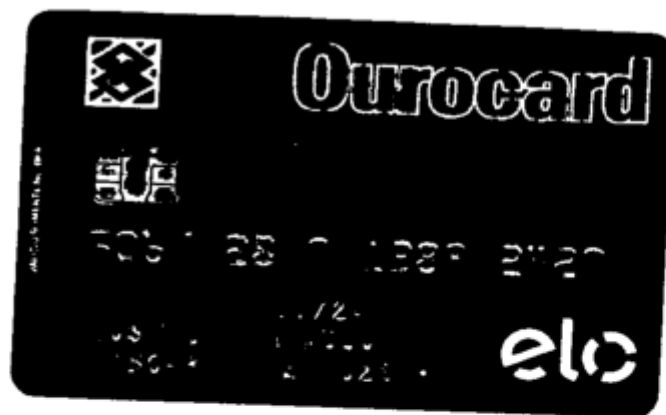
Jose Mikael Pinheiro de Araujo (\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLÉ  
Impresso nº 2020423213



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 320 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2020 16:03:56**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2020 17:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ROD ESTRADA DE ASSUNÇÃO NOVA CEP: 63.620-000, ZONA RURAL - ASSUNCAO SOLONOPOLÉ/CE**  
Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**  
Nascimento: **21/02/1997** CPF: **063.696.543-02**  
RG: **20079838353** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **FRANCISCA JUCELITA PINHEIRO DE ARAUJO**  
**MARTINHO JOSE DE ARAUJO**  
Endereço: **RUA ASSUNÇÃO, 23**  
Bairro: **DISTRITO DE ASSUNÇÃO** CEP: **63.620-000**  
Município: **SOLONOPOLÉ/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99729-6370**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORN5365** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLÉ** Chassi: **9C2JC4120ER000721** Renavam: **580547477** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

A Pessoa acima qualificada compareceu em Cartório nesta Delegacia Municipal, onde após ser cientificado do teor dos Artigos 340 e 342 do CPB, comunicou QUE: na data, horário e local acima referidos, vinha pilotando a referida moto acima em uma estrada carroçal; QUE o declarante ao se aproximar para entrar no asfalto vinha um carros; QUE o declarante apertou o freio da frente e acabou caindo; QUE o declarante fraturou o punho esquerdo; QUE o declarante é habilitado na categoria AB; QUE veio registra a ocorrência para fins de DPVAT; E nada da mais disse dando-se por encerrada este BO.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLÉ**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**REGIS CARLOS VIEIRA DO NASCIMENTO - MAT.: 30118553**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**Jose Mikael Pinheiro de Araujo**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063 696 543-02	JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO	063 696 543-02	
Profissão:	Endereço:	Número:
EMPRESARIO	DISTRITO ASSUNÇÃO	23
Bairro:	Cidade:	CEP:
DISTRITO ASSUNÇÃO	SOLO NO POLE	63620-000
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	CEARA	(88) 99719 4143

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: SOLO NOPOLE-CE, 20 de JULHO de 2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Jose Mikael Pinheiro de Araujo (\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000000021026-9

---

Nr. da Autenticação 84127E98EDA59DAC





**SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO**

NºCAD/SUS	7085013 23288479	DATA:	04.04.2020	Leito de Observação:
Médico Plantonista:	Dr. Colnir	Enfermeira Plantonista:	Doughers	
Pressão Arterial:	110x60	Temperatura:		
Hora:	18:10	Peso:		

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome:	JONÉ MIKAEL PINHEIRO DE ARAÚJO		
Endereço:			
Sexo:	(X) MASC ( ) FEM	Data Nascimento:	21/02/1997
Profissão:	Empresário	Idade:	23
		Estado Civil:	Solteiro
		Naturalidade:	Solonópolis

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**

Queixa Principal:	Tristeza no peito e no estômago
História da doença atual:	se muito

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgów.

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Espontaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			


Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgów.

Exame Físico:

Observação	4	18:15
ausculta	1	18:15
exame do pulmão	2	18:15
exame do abdômen	2	18:15

Impressão Diagnóstica:

[illegible]

1 - Registro ANS <b>31.714-4</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____				
<b>Dados do Beneficiário</b>				
7 - Número da Carteira _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento do RN _____		10 - Nome <b>José Mikael Pinheiro de Araújo</b>		
11 - Cartão Nacional de Saúde _____		12 - Código na Operadora _____		
13 - Nome do Contratado _____		14 - Nome do Profissional Solicitante <b>José Queiroz Lima Neto</b>		
15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número no Conselho <b>11451</b>		
17 - UF _____		18 - Código CBO _____		
<b>Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação</b>				
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado _____		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____		22 - Caráter do Atendimento <b>U</b>		
23 - Tipo de Internação <b>H</b>		24 - Regime de Internação <b>C</b>		
25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>2</b>		26 - Provisão de uso do OPME _____		
27 - Provisão de uso de quimioterápico _____		28 - Indicação Clínica <b>Paciente sofreu trauma em punho apresentando dor, edema e deformidade local associada a parestesia em dedos da mão. Ao exame radiográfico, apresenta fratura da região distal do rádio com desvio dorsal e cominuição dorsal associada a perda da altura e do desvio ulnar do rádio normal o que indica instabilidade ligamentar e necessidade de fixação cirúrgica da fratura com reparo ligamentar e descompressão do nervo mediano.</b>		
29 - CID 10 Principal _____		30 - CID 10 (2) _____		
31 - CID 10 (3) _____		32 - CID 10 (4) _____		
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____				
<b>Procedimentos Solicitados</b>				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	<b>3072009-5</b>	<b>Fratura e/ou luxações do punho</b>	_____	_____
02	<b>3073705-2</b>	<b>Reconstrução, retencionamento .... de cartilagem triangular</b>	_____	_____
03	<b>3140336-0</b>	<b>Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas</b>	_____	_____
04	<b>3073202-6</b>	<b>Enxerto ósseo</b>	_____	_____
05	_____	_____	_____	_____
06	_____	_____	_____	_____
07	_____	<b>OPME:</b>	_____	_____
08	_____	<b>Placa volar bloqueada de rádio distal +10 parafusos corticais/bloqueados</b>	_____	_____
09	_____	<b>(Richards)</b>	_____	_____
10	_____	<b>Fio de K 1.5mm x2</b>	_____	_____
11	_____	_____	_____	_____
12	_____	_____	_____	_____
<b>Dados da Autorização</b>				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas _____		41 - Tipo da Acomodação Autorizada _____
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____		44 - Código CNES _____
45 - Observação / Justificativa <b>Hospital São Carlos</b>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>46 - Data da Solicitação ____/____/____</div> <div>47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>José Queiroz Lima Neto</b> CRM 11451</div> <div>48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável </div> <div>49 - Assinatura do Responsável pela Autorização</div> </div>				



1 - Registro ANS [3][1]7[1][4]		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data de Autorização [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ]		5 - Senha [2][9][0][9][8][3][6][4]		
		6 - Data de Validade da Senha [0][4]/[1][0]/[2][0][2][0]		
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira [0][0][6][3][0][0][2][0][0][5][7][6][2][2][7][1][0]		8 - Validade da Carteira [3][1]/[1][0]/[2][0][2][1]		
9 - Atendimento a RM [N]		10 - Nome JOSE MIKAEL P DE ARAUJO		
		11 - Cartão Nacional de Saúde [1][6][0][3][3][9][5][8][1][9][0][0][0]		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora [1][1][4][5][1]		13 - Nome do Contratado JOSE QUEIROZ LIMA NETO		
14 - Nome do Profissional Solicitante JOSE QUEIROZ LIMA NETO		15 - Conselho Profissional [6]		
		16 - Número do Conselho [1][1][4][5][1]		
17 - UF [C][E]		18 - Código CBO [2][2][5][2][7]		
Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ [1][1][0][0][5][0][4][2]		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL SAO CARLOS LTDA		
		21 - Data Sugerida para Internação [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ]		
22 - Caráter de Atendimento [I]		23 - Tipo de Internação [2]		
24 - Regime de Internação [I]		25 - Qtd. Diárias Solicitadas [1]		
26 - Previsão de uso de OPMI [S]		27 - Previsão de uso de quimioterápico [S]		
28 - Indicação Clínica <p>Paciente sofreu trauma em punho apresentando dor, edema e deformidade local.</p>				
29 - CID 10 Principal (Opcional) [ ][ ][ ][ ]				
30 - CID 10 (2) (Opcional) [ ][ ][ ][ ]				
31 - CID 10 (3) (Opcional) [ ][ ][ ][ ]				
32 - CID 10 (4) (Opcional) [ ][ ][ ][ ]				
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtd. Solíc.	38 - Qtd. Aut.
01 [1][8]	[0][0][6][0][0][0][0][6][3][5]	DIARIA DE ENFERMARIA	[0][0][1]	[0][0][0]
02 [2][2]	[0][0][3][0][7][2][0][0][9][5]	FRAT. E/OU LUX.(INCLUINDO DESC. EPIF. COTOV-PUNHO)-TRAT CIR	[0][0][1]	[0][0][0]
03 [2][2]	[0][0][3][0][7][3][2][0][2][6]	ENXERTO OSSEO	[0][0][1]	[0][0][0]
04 [2][2]	[0][0][3][0][7][3][7][0][5][2]	RECONST. RETENC DE LIGAM OU REPARO DE CARTILAGEM VIDEOARTR	[0][0][1]	[0][0][0]
05 [2][2]	[0][0][3][1][4][0][3][3][6][0]	TRATAMENTO CIRURGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS	[0][0][1]	[0][0][0]
06 [ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
07 [ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
08 [ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
09 [ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
10 [ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
11 [ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
12 [ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
Dados da Autorização				
39 - Data Prevista da Admissão Hospitalar [0][7]/[0][7]/[2][0][2][0]		40 - Qtd. Diárias Autorizadas [ ][ ][ ]		
		41 - Tipo de Acomodação [1]		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado [1][1][0][0][5][0][4][2]		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL SAO CARLOS LTDA		
		44 - Código CNES [9][4][3][0][7][0][9]		
45 - Observação / Justificativa Autorizada 2 fios de Kirschner de 1,5mm.				
46 - Data da Solicitação [0][6]/[0][7]/[2][0][2][0]		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

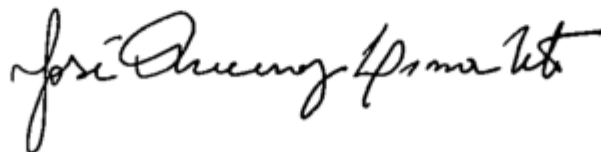
**Para: José Mikael Pinheiro de Araújo**

Ao auditor,

Com relação ao pedido da eletroneuromiografia para comprovação da compressão do nervo mediano:

O paciente sofreu o trauma há cerca de 24h e iniciou o quadro de dor e parestesia logo após o trauma. O exame de eletroneuromiografia é limitado, pois apresenta sensibilidade muito baixa nas primeiras semanas de trauma.

Na maioria dos casos, o exame só demonstraria alterações cerca de 3 semanas após a lesão inicial. Caso fosse necessário aguardar este período para a realizar a correção cirúrgica da fratura e da compressão do nervo, isso poderia levar a sequela funcional ao paciente.



06/07/2020

**José Queiroz Lima Neto**  
CRM 11.451

**Clínica Qorpo**  
Av. Sen. Virgílio Távora, 195 – Fortaleza: (85) 3033 3550

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO encontra-se em acompanhamento ambulatorial pós-cirúrgico de síntese interna de fratura do rádio distal com placa volar a esquerda e apresenta no momento arco de movimento completo em punho e antebraço, cicatriz em face volar do punho com cerca de 2 cm e presença de placa volar em radiografia.

[552.6][CID10] Fratura da extremidade distal do rádio

José Queiroz Lima Neto  
Ortopedia e Traumatologia - RQE 6917  
Cirurgia da Mão e Microcirurgia - RQE 6978  
CRM - CE 11.451

09/09/2020

José Queiroz Lima Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão e Microcirurgia  
josequeirozln@gmail.com  
CRM-CE 11.451

**CLÍNICA QORPO**

Av. Virgílio Távora, 195 // B. Meireles Fortaleza - Ceará - Brasil  
Fone: (85) 3048 2800

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME <b>JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO</b>			
DOCTESTADOR / CREG.EMISSOR SP <b>20079838353</b>		SSP <b>CE</b>	
CPF <b>063.696.543-02</b>		DATA NASCIMENTO <b>21/02/1997</b>	
RELAÇÃO <b>MARTINHO JOSE DE ARAUJO</b> <b>FRANCISCA JUCILITA PINHEIRO DE ARAUJO</b>			
NÚMERO <b>05408418193</b>		VALIDEZ <b>16/04/2020</b>	
ACB <b>AD</b>		CALHAIA <b>AD</b>	
1ª EMISSÃO <b>07/07/2015</b>		2ª EMISSÃO <b>26/07/2016</b>	
ASSINATURA DO DETENTOR 			
ASSINATURA DO EMISSOR 			
ASSINATURA DO DETENTOR 			



REPUBLICA DE GUATEMALA  
MINISTERIO DE INTERIORES  
COMISIÓN NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN  
PARTIDO NACIONAL GUATEMALA

JOSE MIGUEL FERRER DE ARAUJO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN  
20075032329

063-686-543-02 21/02/1997

FUNCIONARIO  
MARTINEZ JOSE DE  
ARAUJO  
FRANCISCA JUELIERA  
FERRER DE ARAUJO

1289768087

VALIDA EN TODO  
EL TERRITORIO NACIONAL

1289768087

PORTAUELA CH

25/07/2016

72834383951  
C0154362866

DETRAN - CE Nº 015382497919  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 580547477 RNTTC 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME

JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

SOLONOPOLÉ /CE

CPF / CNPJ

06369654302

PLACA

ORN5365/CE

PLACA ANT. UF

++++++/CE

CHASSI

9C2JC4120ER000721

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB

2013

ANO MOD

2014

CAP / POT / CIL

2P/0CV/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

++++++,++

VENC. COTA UNICA

++/++/++

VENC / COTAS

1° +++++

I  
P  
V  
A

FAIXA I PVA

- + + +

PARCELAMENTO / COTAS

++++++,++

2° +++++

3° +++++

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 23/07/2019

OBSERVAÇÕES

++++++  
++++++  
++++++

LOCAL

SOLONOPOLÉ

DATA

09/08/2019

Igor Ponte

CE Nº 015382497919 BILHETE DE SEGURO DPVAT

06369654302

ORN5365 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15382497919

14742678251

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

09/08/2019

VIA

1

CPF / CNPJ

/ 06369654302

PLACA

ORN5365

RENAVAM

580547477

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB

2013

CAT. TARE

09

Nº CHASSI

9C2JC4120ER000721

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

36.05

DENATRAN (R\$)

4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

84.58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

23/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E2E000721

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200273187 **Cidade:** Assunção **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01 E 03.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

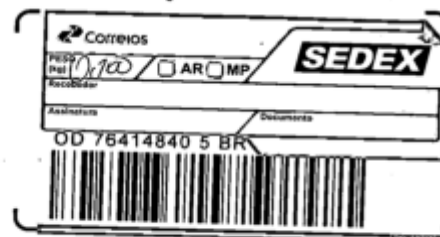


# Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



24/07/20



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO**  
**POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ 20011-904			
CEP	CIDADE	UF / State	PAÍS / Country
00000-00			

ATENDIMENTO





**SERVIÇO GRATUITO  
AO BENEFICIÁRIO**  
**POSTAGEM CUSTEADA PELA  
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

# PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat\_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		(88) 97296370	
ENDEREÇO / Address			
DISTRITO ASSUNÇÃO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
13620-000	SOLOMONÓPOLE	CE	BRASIL



"RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALLECIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / 2ª / / 3ª / /		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reintegrated to service post)		
Data / / Responsável .....		



## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO  
Data do Acidente: 30/04/2020 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: 063.696.543-02

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)  
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada  
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada  
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário  
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVIS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)  
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário  
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não  
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não  
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**  
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**  
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**  
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)  
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)  
☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 063.696.543-02  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Data: 30/04/2020 Assinatura: Jose Mikael Pinheiro de Araujo

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CECILIOS  
Atendente: JOSEIVANDO H. DE ALMEIDA Matrícula: 6.581.333-2  
Data: 30/04/2020 Assinatura: [Assinatura]



Seguro  
**DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



23/09



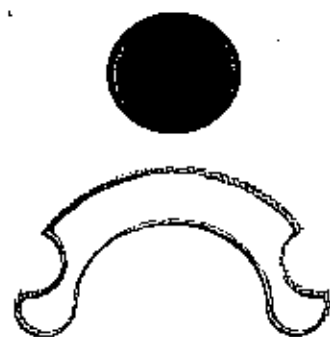
Correios		<b>SEDEX</b>	
PESO (kg)	0,053	AR	MP
Recebedor			
Assinatura		Utilizado	
OD 89406336 6 BR			

**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO**  
**POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ 20011-904			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

ATENDIMENTO





Seguro  
**DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO  
AO BENEFICIÁRIO  
POSTAGEM CUSTEADA PELA  
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

**PEDIDO DE SEGURO DPVAT**  
site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat\_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

**ATENDIMENTO**



**Correios**

REMETENTE / <i>Sender</i>		TELEFONE / <i>Phone Number</i>	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO			
ENDEREÇO / <i>Address</i>			
DISTRITO ASSUNÇÃO			
CEP / <i>Zip</i>	CIDADE / <i>City</i>	UF / <i>State</i>	PAIS / <i>Country</i>
63620-000	SOLOMOPOLÉ	CE	BRASIL

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	.....
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <i>Information provided for doorman or condo manager</i>	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / <i>Reinstated to service post</i>	
Data / / Responsável .....	

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Material reciclável





## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOSE MICKEL PINHEIRO DE ARAUJO  
Data do Acidente: 01/07/2020 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 063696543-02

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

#### BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

#### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

#### BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOSE MICKEL P. ARAUJO

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador:

E-mail: Tel: ( )

Data: 15/07/2020 Assinatura: Jose Mickel Pinheiro de Araujo

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CORREIOS

Atendente: DIOCIANO H. DE ALMEIDA Matrícula: 8181213-2

Data: 15/08/2020 Assinatura: [Assinatura] 8181213-2

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200273187Data da solicitação: 15/09/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJOCPF do beneficiário: 063696543-02Nome do solicitante: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJOCPF do solicitante: 063696543-02

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 997194143

DDD

Tel. Comercial: ( )

DDD

Tel. Residencial: ( )

DDD

E-mail: \_\_\_\_\_

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros: \_\_\_\_\_

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DO VALOR PAGO A TÍTULO DE INDENIZAÇÃO DO MEU PROCESSO ADMINISTRATIVO DE DPVAT, TENDO EM VISTA QUE TIVE UMA FRATURA GRAVE NO PUNHO ESQUERDO, E TIVE QUE TER AUXÍLIO DE OUTRAS PESSOAS E ATÉ HOJE FAÇO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PÓS-CIRÚRGICO.

SOLONOPOLE-CE, 15 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

Jose Mikael Pinheiro de Araujo

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).

Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o parecer final que é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

**SINISTRO 3200273187 - Resultado de consulta por beneficiário**

VÍTIMA JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 06369654302

Posição em 15-09-2020 10:13:56

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00



Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

10/08/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

## Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/08/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tj5eXeQXH4XX0xyQtTaL2apl_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Ou3li9ih59gwPn0MwD1mcCk=)
05/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZXHUSsAzvSqj h 9q00xaA==apl_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Ou3li9ih59gwPn0MwD1mcCk=)

Chat

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214517/20

**Vítima:** JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

**CPF:** 063.696.543-02

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/07/2020

**Titular do CPF:** JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO : 063.696.543-02**

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: 31/07/2020  
Nome: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO  
CPF: 063.696.543-02

JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020  
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco  
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco