

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

Rio de Janeiro, 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.

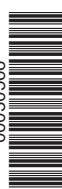
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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: 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: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		CPF: 063 696 543 - 02		
Profissão: EMPRESARIO	Endereço: DISTRITO ASSUNÇÃO	Número: 23	Complemento: —	
Bairro: DISTRITO ASSUNÇÃO	Cidade: SOLO NO POLE	Estado: CEARA	CEP: 63620 - 000	Tel.(DDD): (88) 997194143
E-mail: —				

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **1150** CONTA: **21.026**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1150** CONTA: **21.026**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a crediar 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 Lider 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 NO POLE-CE, 20 de JULHO de 2020**

Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

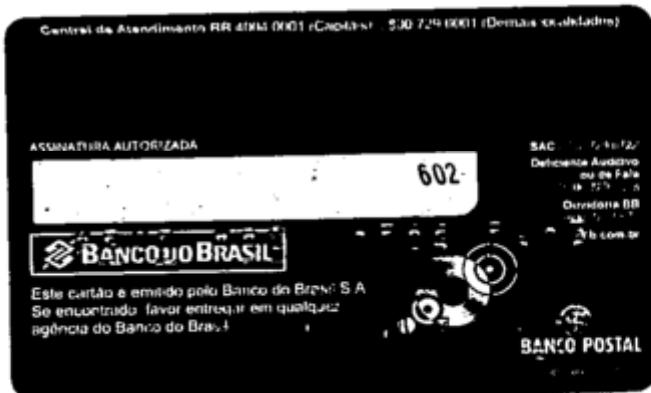
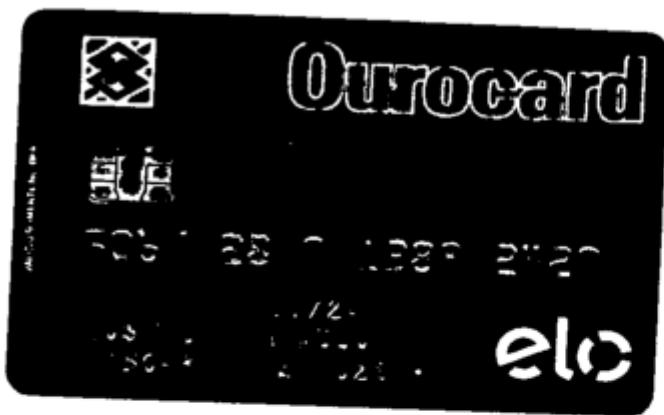
Assinatura

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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE
Impresso nº 2020423213



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 SOLONOPOLE/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: **SOLONOPOLE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99729-6370**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORN5365** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** 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 registrar a ocorrência para fins de DPVAT; E nada da mais disse dando-se por encerrada este BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : REGIS CARLOS VIEIRA DO NASCIMENTO - MAT.: 30118553

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: José Mikael Pinheiro de Araújo

VISTO DO DELEGADO(A) : HELDER BESSERRA 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: 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: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		CPF: 063 696 543 - 02		
Profissão: EMPRESARIO	Endereço: DISTRITO ASSUNÇÃO	Número: 23	Complemento: —	
Bairro: DISTRITO ASSUNÇÃO	Cidade: SOLO NO POLE	Estado: CEARA	CEP: 63620 - 000	Tel.(DDD): (88) 997194143
E-mail: —				

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **1150** CONTA: **21.026**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1150** CONTA: **21.026**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a crediar 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 Lider 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 NO POLE-CE, 20 de JULHO de 2020**

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 128
CEP: 63620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópole - CE

29

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Nº CAD/SUS	708501327288479	DATA:	04/07/2020	Leito de Observação:
Médico Plantonista:	Dr. Odair	Enfermeira Plantonista:	Douglas	AUTENTICAÇÃO
Pressão Arterial:	110x60	Temperatura:		Autenticado a presente cópia por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado Douglas de Solonópole (16/07/2020) Em testemunho _____ da verdade. Dra. Maria Gorete Costa Nogueira Leal - Tabefá Ana Leima Plantonista - Subchefe Vice-chefe: _____ Selo da Autenticação
Hora:	18:10	Peso:		

IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Mikael Puhura de Araújo
Endereço:
Sexo: () MASC () FEM Data Nascimento: 01/02/1992 Idade: 28 Estado Civil: Solteiro
Profissão: Empresário Naturalidade: Solonópole

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal:

Tremer na perna e dor de cabeça

História da doença atual:

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

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 Glasgow.

Exame Físico:

Observação 4

18:25

Mauricio

• reflexos 1 C

18:15

• Rx de fundo - PCT e PEP

Bitemporal 32

18

Impressão Diagnóstica:

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 31.714-4	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 			
4 - Data da Autorização 	5 - Senha 	6 - Data de Validade da Senha 		
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 	8 - Validade da Carteira 	9-Atendimento do RN 		
10 - Nome José Mikael Pinheiro de Araújo	11 - Cartão Nacional de Saúde 			
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora 	13 - Nome do Contratado 			
14 - Nome do Profissional Solicitante José Queiroz Lima Neto	15 - Conselho Profissional CRM 	16 - Número no Conselho 11451	17 - UF 	18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação				
19- Código na Operadora / CNPJ 	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 	21 - Data sugerida para internação 		
22 - Caráter do Atendimento U	23-Tipo de Internação H	24 - Regime de Internação C	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 – Previsão de uso do OPME
27 – Previsão de uso de quimioterápico 				
28 - Indicação Clínica 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.				
29-CID 10 Principal 	30 - CID 10 (2) 	31 - CID 10 (3) 	32 - CID 10 (4) 	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela 01- 02- 03- 04- 05- 06- 07- 08- 09- 10- 11- 12-	35 - Código do Procedimento 3072009-5 3073705-2 3140336-0 3073202-6	36 - Descrição Fratura e/ou luxações do punho Reconstrução, retencionamento de cartilagem triangular Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas Enxerto ósseo	37 - Qtde Solic 	38 - Qtde Aut
OPME: Placa volar bloqueada de rádio distal +10 parafusos corticais/bloqueados (Richards)				
Fio de K 1.5mm x2				
Dados da Autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 	41 - Tipo de Acomodação Autorizada 		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 	44 - Código CNES 		
45 - Observação / Justificativa Hospital São Carlos				
				
46-Data da Solicitação 	47-A.Gerente de Módulo Solicitante CRM 11451	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	49-Assinatura do Responsável pela Autorização 	



**ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

2- N° Guia n°



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° Quis no

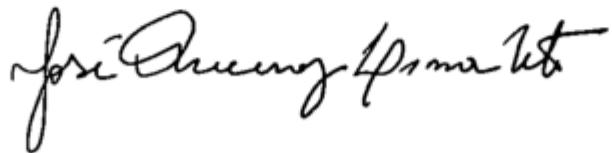
Para: José Mikael Pinheiro de Araújo

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



ATESTADO MÉDICO

Alesto, 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.

[S52.6] / [CID10] Fratura da extremidade distal do rádio

09/09/2020

José Queiroz Lima Neto
Ortopedia e Traumatologia, ROE 6911
Cirurgia da Mão e Artroscopia
josequeirozdh@gmail.com
CRM-CE 11.451





DETAN - CE N° 015382497919
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.NTRG	EXERCÍCIO
DIG 1	580547477	0000000000	2019
NOME JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO			
***** ***** SOLONOPOLÉ /CE			
CPF / CNPJ	PLACA		
06369654302	ORN5365/CE		
PLACA ANT. /UF	CHASSI		
*****/CE	9C2JC4120ER000721		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD	
HONDA/CG 125 FAN ES	2013	2014	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0CV/124CC	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS	
I P V A	***** FAIXA I PVA	***** PARCELAMENTO / COTAS	1 ^o ***** 2 ^o ***** 3 ^o *****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	23/07/2019
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
SOLONOPOLÉ		09/08/2019	
<i>Igor Ponte</i>			

CE N° 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	DATA EMISSÃO	
2019	09/08/2019	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1 /	,06369654302	ORN5365
RENAVAM	MARCA / MODELO	
580547477	HONDA/CG 125 FAN ES	
ANO FAB.	CHASSI	
2013	9C2JC4120ER000721	
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.05
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58
PAGAMENTO		DATA DE CUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	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

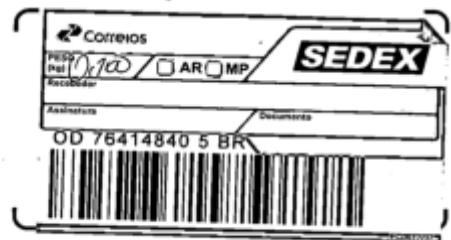


Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



24b2/20



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

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ 20011-904			
ENDERECO / Address		UF / State	PAÍS / Country
EP (p)	_____	CIDADE City	

ATENDIMENTO





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

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: 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

ATENDIMENTO



[dpvat_oficial](https://www.instagram.com/dpvat_oficial) [@DPVAToficial](https://www.twitter.com/DPVAToficial) [DPVAToficial](https://www.facebook.com/DPVAToficial) [seguradoralider-dpvat](https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat/)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE MIKAEL PINHEIRO PEREIRA		(88) 97296370	
ENDEREÇO / Address			
DISTRITO ASSUNÇÃO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
13620-000	SOLONOPOLIS	CE	BRASIL
		 PROBAG Tel: (82) 3226-2000	
<small>"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"</small>			

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Inadequate Address)
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (undesired)	<input type="checkbox"/> OUTROS (other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1º / / / / / 2º / / / / / 3º / / / / /	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porto-riero ou síndico <small>Information provided by doorman or condo manager</small>	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / /	
Data / / / Responsável - - - - -	



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO
Data do Acidente: 27/04/2020 Possui CPF: Sim Não N° CPF: 63.646.543-02

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 ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capital 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)

JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- 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)

JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO

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 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 da(s) pessoa(s) da vítima (cópia simples)
 - Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
 - Outros Documentos apresentados:

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO
Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal
CPF do portador: 63.646.543-02
E-mail:
Data: 30/04/2020 Assinatura: JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO
Tel.: ()

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CC 1221 E 105
Atendente: JOSE VANDO H. REZENDE LIMA 124 Matrícula:
Data: 30/04/2020 Assinatura: JOSE VANDO H. REZENDE LIMA 124 Matrícula:



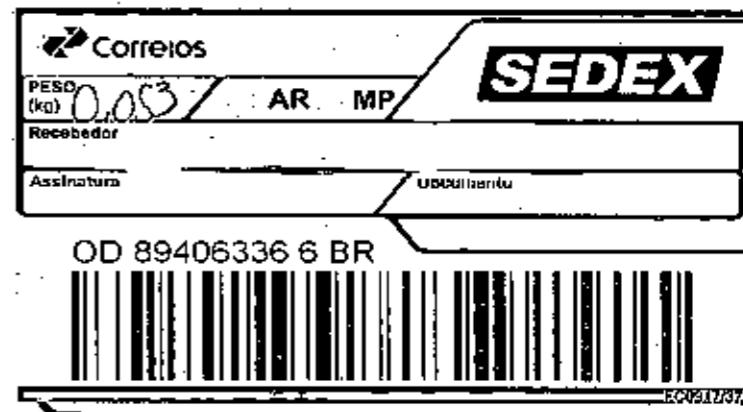
Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



23/09



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO

TELEFONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

RIO DE JANEIRO/RJ
20011-904

CEP / Zip -

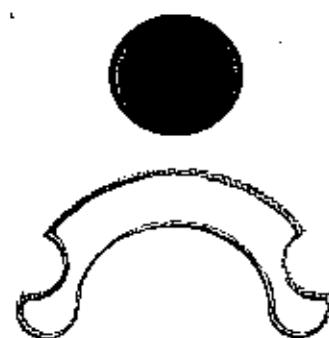
CIDADE / City

UF / State

PAÍS / Country

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

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

ATENDIMENTO



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO			
ENDERÉCOS / Address			
DISTRITO ASSUNÇÃO			
CEP / zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
63620-000	SOLONOPOLIS	CE	BRASIL
"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"		Material reciclável	PROBAG
		Tel: (82) 3204-3900	

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)	
1º / / às / / às / /	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico Information provided by doorman or condo manager	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / /	
Data / / Responsável -----	

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **JOSÉ MICKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**
 Data do Acidente: **01/07/2020** Possui CPF: Sim Não N° CPF: **013696543-02**

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 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 IMI – 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 DAMS

- 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 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:

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **JOSÉ MICKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal

CPF do portador:

E-mail:

Tel.: ()

Data: **25/07/2020**

Assinatura: **José Michael Pinheiro de Araujo**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): **CONCEIÇÕES**

Atendente:

DOCUANDO H. R. DE ALMEIDA 8181213-2

Data: **15/08/2020**

Assinatura:

8181213-2



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 3200273187

Data da solicitação: 15/09/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF do beneficiário: 063696543-02

Nome do solicitante: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF do solicitante: 063696543-02

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 997194143

Tel. Comercial: (000) _____

Tel. Residencial: (000) _____

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 REANALISE?

NÃO

SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

(DESCRIVER)

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.

SOLONOPOLÉ-CE, 15 DE SETEMBRO DE 2020

Jose Mikael Pinheiro de Araujo

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

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 rogo).

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) ▾ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE 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 parecer final e 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: 06369554302

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://sispvdatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tjSeXeQXH4XX0xyQtTaL2api_key=X0pTBXPGKmYBwSVBNbD4Ou3li9ih59gwPn0MwD1mcCk=)
05/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sispvdatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZXHUSsAzvSqjh9q00xaA==api_key=X0pTBXPGKmYBwSVBNbD4Ou3li9ih59gwPn0MwD1mcCk=)

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Rodrigo Lopes Pacheco