

# 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: 05/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

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

CLIENTE: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04367

CONTA: 000000018799-1

---

Nr. da Autenticação EE77B89970C96BCE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009814/19

**Vítima:** JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

**CPF:** 072.282.743-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/12/2016

**Titular do CPF:** JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA : 857.302.463-15**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO : 072.282.743-18**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/01/2019  
Nome: ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA  
CPF: 857.302.463-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA

Camila Feitosa Pedrosa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190023532      **Cidade:** Redenção      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO      **Data do acidente:** 04/12/2016      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 23/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO - FIXADOR, PLACA E PARAFUSOS; JOELHO -PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG5SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>53,75 %</b>	<b>R\$ 7.256,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190023532      **Cidade:** Redenção      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO      **Data do acidente:** 04/12/2016      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA.  
 FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** MARCHA COM APOIO, ATROFIA MUSCULAR QUADRÍCIPITAL BILATERAL, CICATRIZES IRREGULARES, SUGESTIVAS DO USO DE FIXADOR EXTERNO, E CIRÚRGICA NA Perna DIREITA E CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna ESQUERDA, EDEMA DO TORNозELO DIREITO E JOELHO ESQUERDO ++/4+, CREPITAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO E BLOQUEIO GRAVE DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E TORNозELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** AS FRATURAS CONSOLIDARAM DE FORMA ALINHADA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNозELO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190023532  
Nome do(a) Examinado(a): Janygleison Costa de Araujo  
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Currais 2, S/N  
Zona Rural Redencao CE CEP: 62790-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20150636789  
Data local do acidente: [ 04/12/2016 ]  
Data local do exame: [ 31/01/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA.  
FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO IJF, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FIXADOR EXTERNO, SEGUIDA POR PLACA E PARAFUSOS, PARA O MID E PLACA E PARAFUSOS, PARA O MIE. FEZ 60 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

Data da Alta: 10/06/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**MARCA COM APOIO, ATROFIA MUSCULAR QUADRÍCIPITAL BILATERAL, CICATRIZES IRREGULARES, SUGESTIVAS DO USO DE FIXADOR EXTERNO, E CIRÚRGICA NA Perna DIREITA E CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna ESQUERDA, EDEMA DO TORNOZELO DIREITO E JOELHO ESQUERDO ++/4+, CREPITAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO E BLOQUEIO GRAVE DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**  **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**  **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEBILIDADE GRAVE DO TORNOZELO DIREITO E JOELHO ESQUERDO, PELO EDEMA E BLOQUEIO ARTICULAR DA FLEXÃO DOS MESMOS.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Direito**

**JOELHO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

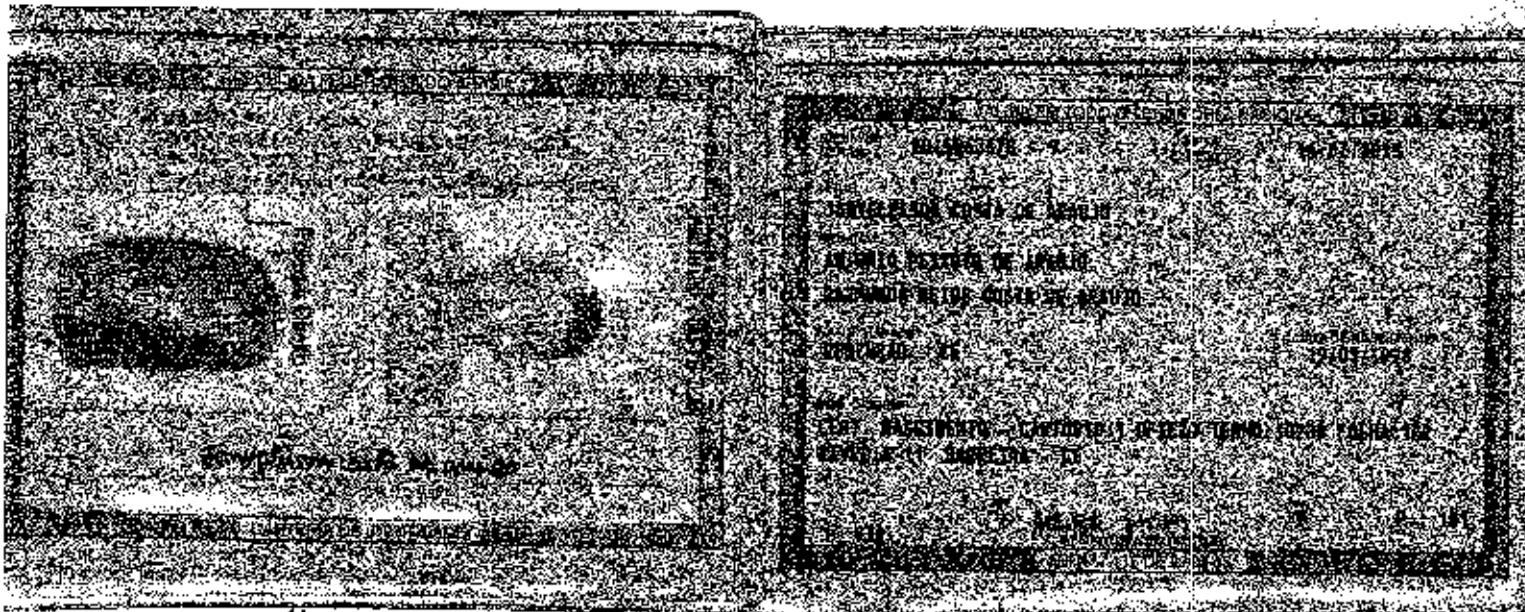
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

SaúdeSEG  
Sistech - Unimed Ceará

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Andre de Oliveira Leal  
CPF - 029.258.907-76  
CRM/CE - 16566





Investprev Seguradora S/A  
11 JAN 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JANIO COSTA DE ARAUJO

RG nº 2004024014242 data de expedição 27/4/2004

Órgão SSP CE, portador do CPF nº 036.020.993-93 com  
domicílio na cidade de REDENÇÃO, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
PV CURRAIS II, nº 511

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO cujo o condutor era  
FRANCISCO ROMARIO LEITÃO PEREIRA

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA /CG 150 TITAN ESD

Ano: ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

Placa: OSB 4797/CE

Chassi: 9C2KC1650ER019325

Data do Acidente: 04/11/2016

Local e Data:

REDENÇÃO CE 07/01/2019



Jány Gleison Costa de Araujo

Assinatura do Declarante

Francisco Romário Leitão Pereira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

JANIO COSTA DE

ARAUJO

01/01/2019

Kayla Rodrigues Guan

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OSTEOTOMOS, MARTELQ, CURETAS E  
SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO  
MACON + CAIXA DE HASTE DE TIB

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcelo por:  
HALINE MAGALHAE em:  
02-01-2017 15:10:59

## MAPA DO DIA 29/12/2016 - Quinta-Feira

88	5	A SEGUR 2132	JONATAS BRITO	CESAR AUGUSTO	PLACAS EM T E L PARA PLATO TIBIAL + CX BASICA TO PARA MM + CX GRANDES FRAGMENTOS + CX PARA FUSOS CANULADOS 7.0 MM + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + KIT BÁSICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELQ, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON	INTENSIFICADOR DE IMAGEM + PROLONGADOR DE MESA	REALIZADA
----	---	--------------	---------------	---------------	---	--	-----------

FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcelo por:  
HALINE MAGALHAE em:  
02-01-2017 15:41:52

## MAPA DO DIA 01/02/2017 - Quarta-Feira

88	18	13:30	2132	SALES	PLACA TACO DE GOLFE (DIRETA) LONGA - CX GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOS; + CX BASICA TO PARA MM + KIT BÁSICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELQ, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON	INTENSIFICADOR DE IMAGENS + MESA RADIOTRASPARENTE	REALIZADA
----	----	-------	------	-------	--	---	-----------

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcelo por:  
CESAR AUGUSTO L em:  
06-02-2017 17:56:35

Dr. Celso Monteiro Ass.: Celso Monteiro Data: 01/02/17	Retornar dia: <u>01/02/17</u> Hora: <u>13:30</u> para Dr. <u>Sales / J. Brito</u>
<input type="button" value="Imprimir"/>	

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Registro de Atendimento  
Emergencial

Emitido em: 27/04/2016 11:16:51

Por: EDUARDO MOREIRA

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 04/12/2016 04:42:57

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ICNS: 707809225790593	NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO			Registro: 5481273
CPF:	RG:	D. NASC: 19/03/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RACA/COR:

NOME DA MÃE: RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAUJO NOME DO PAI: ANTONIO PEIXOTO DE ARAUJO

TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAMINHO DO SUSTO	Nº: S/N	Bairro: CURRAIS II
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 85-98821-0093	MUNICÍPIO: REDENÇÃO	UF: CE CEP: 62791000

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU USB 32 CONDUTOR CLAUDIO	PARENTESCO: MANDO/IRMAO	TELEFONE: 85-98821-0093
------------------------------------	-------------------------	-------------------------

## ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

## ACOLOHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colidio com um objeto fixo ou parado.

QUEIXAS: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MURO SEM CAPACETE, EVOLUINDO COM CEFALÉIA, LACERAÇÃO NA REGIÃO OCCIPITAL, FRATURA EXPONTA NO NIB.

OBSERVAÇÕES:

## SINTOMAS VITIAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

## ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA  
OSSERVAÇÃO:EXAMES COMPLEMENTARES  
SOLICITADOS:ENCAMINHAMENTO DO  
PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Investprev Seguradora S/A



## ATESTADO MÉDICO

**NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ACOMPANHADO NO INSTITUTO DR JOSE FROTA NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DEVIDO A FRATURA DE TÍBIA DIREITA SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

PACIENTE EVOLUI COM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DE FRATURA

RELATA AINDA DOR RESIDUAL EM TORNOZÉLIO DIREITO, PRÓXIMO A MALEOLO MEDIAL

ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA DESTE AMBULATÓRIO.

CID: S82.2

**FORTALEZA, 22 DE FEVEREIRO DE 2018**

Dr. Celso Prado S. Costa  
Residente Traumatologista  
CRM/CE: 16411

Dr. Celso Prado S. Costa  
Residente Traumatologista  
CRM/CE: 16411

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## LAUDO MÉDICO

**Nome: Janygleison Costa Araújo**

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL  
NESTE HOSPITAL DEVIDO A FRATURA DE tibia direita( diáfise) e  
tibia esquerda( platô tibial), tendo realizado tratamento cirúrgico para as  
duas fraturas. No momento, paciente em recuperação, sem deambular.  
Inicia processo de reabilitação motora.

CID: S82.1 S82.2

**Fortaleza 16 de março de 2017**

Dr. Ernane Osório  
Médico  
CRM/CE 17577



Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

No. HOSPGESTOR: 30413

LEITO: 2132

NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

DATA DE INTERNACAO: 04/12/2016

DATA DA ALTA: 01/03/2017

BE/PRONT: 5481273

CIDADE DE ORIGEM: REDENCAO

NASCIMENTO: 19031988

IDADE: 28

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 1. TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS 2. NAO PISAR 3. RETORNO AO OPERATORIOS: AMBULATORIO DO DR. JONATAS E SALES EM 2 SEMANAS

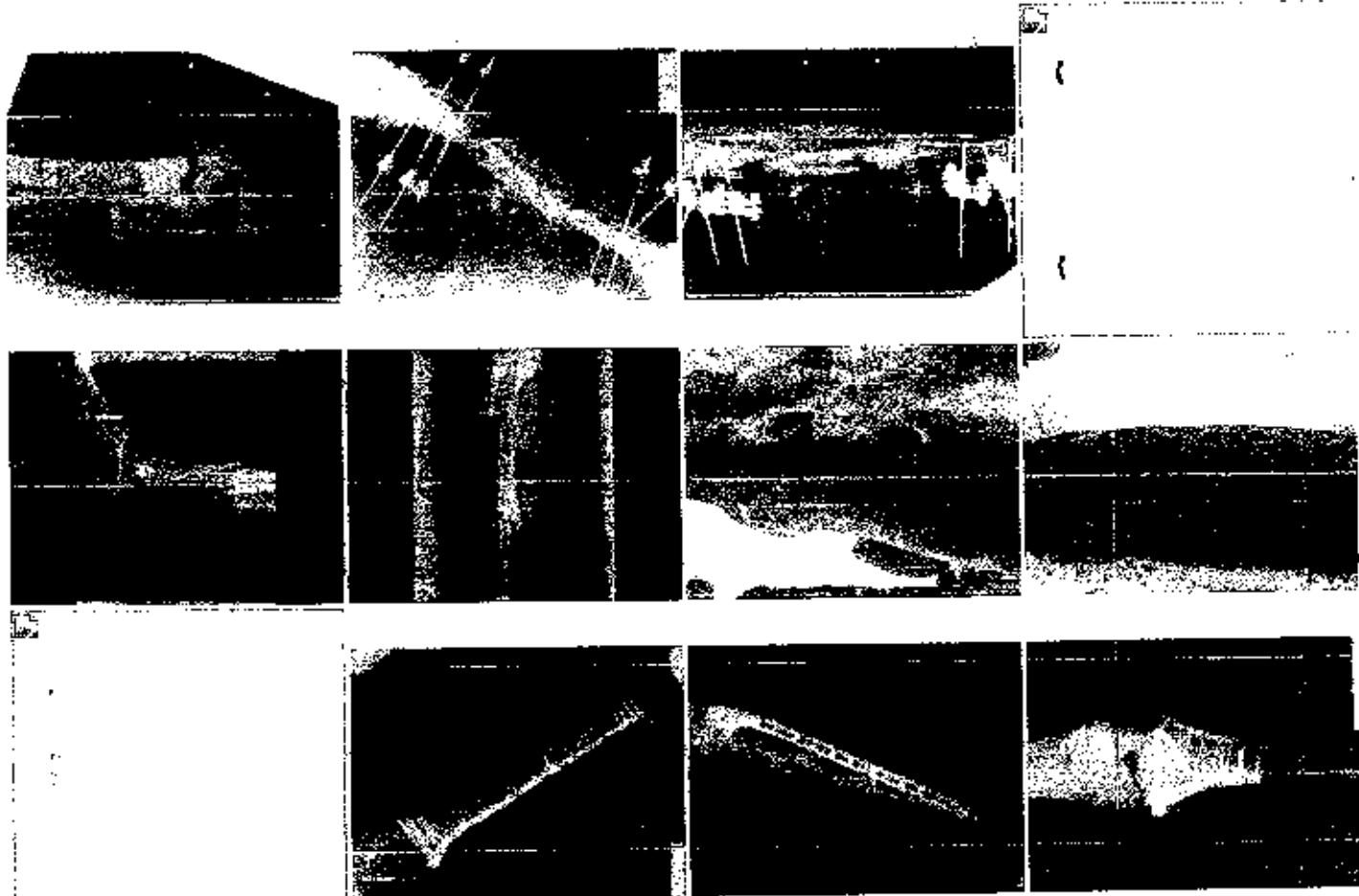
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: SALES

RESIDENTE DO LEITO: CESAR AUGUSTO



Mapa de Cirurgias

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da matrícula
-------------	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	---------------------

**MAPA DO DIA 22/12/2016 - Quinta-Feira**

88	10	13:30	2132	JONATAS BRITO	CESAR AUGUSTO	PLACAS EM TEL PARA PLATO TIBIAL + CX BASICA TO PARA MM + CX GRANDES FRAGMENTOS + CX PARA FUSOS CANULADOS 7,0 MM + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + KIT BÁSICO: CX INTENSIFICADOR	Investprev Seguradora S/A
							11 JAN 2019 SUSPENSA

**Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.**

NOME:	JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO		
LEITO:	2132		
DATA DE INTERNACAO:	04/12/2016	DATA DA ALTA:	01/03/2017
BE/PRONT:	5481273	CIDADE DE ORIGEM:	REDENCAO
IDADE:	28		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS 2. NAO PISAR 3. RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. JONATAS E SALES EM 2 SEMANAS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	CESAR AUGUSTO		

Ass:	Retornar dia: <u>01/03/18</u> Hora: _____ para Dr. <u>Silveira / Formatura</u>
Data: <u>01/03/18</u>	Dispensa do trabalho por: <u>60 (sessenta) dias</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



## ENTIDÃO NARRATIVA

Museo. 27 de Abril de 2018

Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

Investprev Seguradora S/A

1 JAN 2019

SAMU 192 CEF  
CORPO EUSÔNIO - CA  
Batalha PB2 10 28/06/2000 0433 7/24



Impresso nº 2018314582

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 539 - 1780 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2018 15:23:52**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2016 01:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA**  
Complemento:  
Bairro: **REDENCAO/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO ROMARIO LEITÃO PEREIRA**  
Nascimento: **08/09/1992** CPF: \_\_\_\_\_  
RG: **2006014082322** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: \_\_\_\_\_  
Filiação: **LUCIA LEITÃO PEREIRA**  
**RAIMUNDO PEREIRA NETO**  
Endereço: **RUA PAU BRASIL , 387**  
Bairro: **PARANGABA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: \_\_\_\_\_  
País: **BRASIL** Telefone: \_\_\_\_\_  
Nome: **JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO**  
Nascimento: **19/03/1998** CPF: **072.282.743-18**  
RG: **20150636789** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAÚJO**  
**ANTONIO PEIXOTO DE ARAÚJO**  
Endereço: **NÃO INFORMADO CURRAIS 11**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **REDENCAO/CE** CEP: \_\_\_\_\_  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99737-1814**

**Histórico**

QUE estava de garupeiro na motocicleta HONDA CG 150 TITAN, PLACA OSB4797, COR BRANCA, ANO 2014/2014 e quem pilotava era FRANCISCO ROMÁRIO LEITÃO PEREIRA; QUE ROMÁRIO perdeu o controle da motocicleta em uma curva e os dois sofreram um acidente colidindo com um muro; QUE estava sem capacete no momento do acidente; QUE ROMÁRIO sofreu apenas escoriações não tendo interesse em dar entrada no seguro DPVAT; QUE do acidente o noticiante teve fratura exposta e pancada na cabeça; QUE ficou internado no IJF durante 3 (três) meses e após esse tempo ficou fazendo tratamento;

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

  
**GABRIELA MORORÓ VARELA AGUIAR - MAT.: 30118782**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** J. Janygleison Costa de Araújo

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190023532**      **Vítima: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 04/12/2016**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO**

**Valor: R\$ 5.062,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004367**

**Conta: 00000018799-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



## 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 ASI: CPF da vítima: Name completo da vítima:  
**07228274318 JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FATO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SESP N° 445/2012

Nome completo: **JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO** CPF: **072282743-18**

Profissão: **RECOSO** Endereço: **PO CURRAIS II** Nome: **SIM** Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **REDENÇÃO** Estado: **CE** CEP: **62790-000**

Email: **(85)997449903**

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:  
 REUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$30.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos-sobrinhos. Acheite uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (601) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (fale com o banco): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>4367</b> CONTA: <b>018799</b> (1) <small>(Informe o dígito do ddd)</small> <small>(Informe o dígito da conta)</small>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informe o dígito do ddd)</small> <small>(Informe o dígito da conta)</small>

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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 prazo-aviso da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides 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 6.94/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou impõe ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Válve Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou não-cônjugue (ex-nasesso)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou ônus/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	---

Esou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 obrigatoriedade de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 295 do Código Penal.

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
<sup>1º Assinatura de quem assina o RGDO</sup>  
**Janygleison Costa de Araújo**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTIMUNIAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CFF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPE: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante: Legível (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 RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio e teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019