



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclusão(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESEMPENHO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTAR)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do contrato do DPVAT

3 - CPF do titular

4 - Nome completo do titular

045 889 053 76

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE ATIVIDADE PROFISSIONAL DO TITULAR DO SEGURO DPVAT - CIRCULAR SUPER Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

E - CPF:

045 889 053 76

7 - Profissão:

POLICIAL

8 - Endereço:

RUA J. PINTO

9 - Número:

682

10 - Complemento:

11 - Cidade:

PALESTINA

12 - Estado:

CANINDE

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62700-000

15 - E-mail:

16 - Telefone:

85-98778-5226

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Perfil do Representante Legal

Declaro, para efeitos de Tabela de Risco, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONDIÇÃO

☒ R\$ 1.500,00☐ R\$ 2.000,00☐ R\$ 2.500,00☐ SEM RENDA☐ R\$ 3.000,00☐ R\$ 4.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BANCOS DO BRASIL☐ BANCOS DO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE
Impresso nº 2019926352



BOLETIM DE Ocorrência Nº 432 - 6075 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/12/2019 08:41:07**
Data / Hora da Ocorrência: **22/09/2019 02:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD BR020, KM 337 - CAMPOS BELOS CARIDADE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ YGOR ALMEIDA PAIVA**
Nascimento: **13/12/1992** CPF: **045.889.053-76**
RG: **20072335496** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO ALMEIDA SILVA**
JOSE PEREIRA PAIVA
Endereço: **RUA JOTA PINTO, 682**
Bairro: **ALTO DO MOINHO**
Município: **CANINDE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9669-7157**

Histórico

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citado sofreu acidente de trânsito no endereço supramencionado: QUE era condutor do veículo Marca/Modelo: VW/GOL CL MC, ANO/MOD. 2014/2015, COR preta, Placa: OSQ4850 Número Chassi: 9BWAB45U4FP519611, RENAVAM: 1205194832, Proprietário: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA; Que estava trafegando na BR 020 vindo de fortaleza destino a Canindé quando próximo a Campos Belos em Caridade-CE perdeu o controle da direção de seu veículo; Que o declarante afirma que o carro colidiu com um barranco; Que afirma que não lembra muito do ocorrido e que acredita que tenha sido por conta da pancada na cabeça, todavia se que se recorda que foi atendido por populares que o levaram até a UPA em Canindé, e de lá foi encaminhado, no mesmo dia ao acidente, para o Hospital São Francisco em Canindé-CE; Que no Hospital São Francisco fizeram um RAI O X e foi constatado uma deformidade na coluna cervical; Que o declarante foi encaminhado para Emergência da Unimed (em Fortaleza-CE) e lá constataram uma fratura na c5 (cervical); Que o declarante verbaliza que ficou internado por 5 (cinco) dias; Que foi expedido exame de corpo delito; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes ANTONIO KLECIO SILVA ABREU identidade funcional 30864867 (PMCE) e FABIANA CANDIDO VENANCIO RG 2003015080485 SSPDSCE. E NADA MAIS DISSE.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RIVANDA BENEVIDES CAVALCANTE - MAT.: 30119371



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE
Impresso nº 2019926346



BOLETIM DE Ocorrência Nº 432 - 5076 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

+ Jorgi Ygor Almeida Pereira

VISTO DO DELEGADO(A):

Daniel Aragão Mota
DANIEL ARAGÃO MOTA - MAT.: 300591-1-5

Nº do Cliente:

497252

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002



Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 00120-040 | Fone/Fax: CC

CNPJ 07.047.261/0005-73 | CCF 00.105.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 044824052

Rota CN019U01 - 1450

Referência 12/2019

Nome MARIA DO SOCORRO ALMEIDA SILVA

Endereço RU J. PINTO, 00682, PALESTINA, 62700-000, CANINDE

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 28/12/2019

Medidor 961024-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

ANEXO 01/2020 DE 01/12/2019

DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior 27/11/2019

Atual 28/12/2019

Próxima prevista 22/01/2020



Para obter mais informações sobre o seu consumo, consulte o site www.enel.com.br ou ligue 0800-0029940.

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (KWh)	Consumo Ind. (KWh)	Consumo Fat. (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FF	34,541	34,390	1,00	146	00	146	0,46412	68,65

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	13,87
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,52
PIS COMPL BX RENDA	-	0,18
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,88
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-38,93
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	38,93
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,25033	7,51
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,43071	30,15
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,64646	31,03
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,05367	1,61
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01700	0,51
COB DOACAO HOSP BATISTA 0800 042 0108	-	3,00
COB DOACAO INST COR CRIANÇA ADOL 0300 042 0108	-	2,00
COB DOACAO LAR TORRES DE MFO 0800 042 0108	-	5,00
COB DOACAO IPREF 0800 042 01 08	-	2,00

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	109,74	27,00	29,63
PIS	109,74	0,49	0,53
COFINS	109,74	2,24	2,47

VENCIMENTO

17/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

108,26

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

392.371.333-91

EMISSIONES DE CO₂ (kg/KWh) Compare suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Descendência Ecológica (% CO₂) 0 100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/11 - 30/11 Amarela :
01/12 - 28/12

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEN OPÇÃO
PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM

Atendimento: 345168
Paciente..... JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Solicitante... Dr.(a) JOAO PAULO DE V MATTOS
Data..... 24/06/2019
Exame..... 524658 RM COLUNA CERVICAL
Convênio..... UNIMED

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

MÉTODO

Exame realizado com a técnica Spin-Eco e Turbo Spin-Eco com imagens multiplanares em T1 e T2. Realizadas, também, sequência T1 pós contraste sem saturação de gordura (devido a artefatos de aparelho ortodôntico).

ANÁLISE

Exame realizado em caráter de urgência.

Transição craniovertebral habitual.

Sinais de fratura do corpo vertebral de C5, com aparente encunhamento/redução da altura somática na sua porção anteroposterior, cuja avaliação óssea é melhor realizada através da Tomografia Computadorizada.

Associa-se sinais de edema ósseo em C5 e retropulsão sobre o muro posterior, bem como abaulamento discal difuso neste nível (C5-C6) tocando a face ventral do saco dural e discretamente assimétrico, maior à esquerda, insinuando-se à base foraminar deste lado, porém sem sinais de estenose foraminar. Há, também, sinais de redução da altura discal, fissura linear do anelo fibroso e leve edema do ligamento longitudinal anterior nesta topografia.

Destaca-se, ainda, mínimo hipersinal em T2/STIR da medula espinal no nível C5-C6, que pode estar relacionado ao evento traumático. Diâmetro anteroposterior do canal vertebral nesta topografia de 1,0 cm.

Questiona-se, ainda, aparente traço de descontinuidade cortical nas apófises espinhosas de C6 e D1.

Demais corpos vertebrais com alinhamento sagital posterior e altura somática preservadas.

Sinais de desidratação discal no nível C2-C3, sem redução da altura discal.

Articulações uncovertebrais de aspecto habitual.

Demais discos intervertebrais com morfologia e intensidade de sinal preservadas.

Canal vertebral e forames intervertebrais com amplitudes preservadas nos segmentos avaliados.

Musculatura paravertebral com morfologia e sinal normais.


Dr. CARLOS PRACEDIO
RADIOLOGIA GERAL E INTERFERÊNCIAS
CRM 10.011-0/RS-100.707

Dr. HARLEY SILVEIRA
RADIOLOGIA GERAL E INTERFERÊNCIAS
CRM 10.011-0/RS-100.707

Dr. KELMIR PORTELA LUIZ
RADIOLOGIA GERAL E INTERFERÊNCIAS
MEMBRO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA
CRM 10.011-0/RS-100.707

Dr. PABLO PICASSO
RADIOLOGIA GERAL E INTERFERÊNCIAS
CRM 10.011-0/RS-100.707

Diretor Técnico
Dr. Pablo Picasso - CRM 6806-CE
CRM UDI - CRM 15.55-CE
Licença Sanitária: 4098.2019.01-496


Dr. TIAGO CASTELLO B. LYRA
Médico Radiologista
CRM - 13868

FICHA DE REFERÊNCIA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM (TÍTULOS)
2. AO ULTIMAR A CONSULTA OU TRATAR
ENTREGAR 2 (DUAS) VIAS AO USU
CRIMINÁRIO PARA RETORNAÇÃO COM 1ª
UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____

NOME: João Carlos Almeida Pereira PRONTUÁRIO Nº: _____

SEXO: ☒ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO 13/02/92 OCUPAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Paciente após acidente automobilístico, com lesão da
coluna cervical, encaminhado para avaliação de radiografia
RESULTADO DE EXAME(S): avaliação de neurologista.

CONDIÇÃO JÁ REALIZADA:

Realizada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dra. Tereza Coelho

21/09/99

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA 21/09/99 HORA _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: radiografia PROFISSIONAL: neurologista

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: 21/09/99 HORA: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: 1/1

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO DO(S) EXAME(S):

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL

SECUNDÁRIO 1 _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2 _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDIU COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA 1/1 HORA _____



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

**Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Caninédé**

LAUDO PERICIAL
2019.0056592

Natureza do exame: Lesão Corporal (DPVAT)
Referência: B.O: - 432-5075/2019

Documento solicitante: Guia - 2131/2019
Órgão solicitante: Delegacia Regional de Caninédé



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Perícia Forense do Estado do Ceará

Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas
de Canindé

LAUDO PERICIAL

Número: 2019.0056592

Lesão Corporal (DPVAT)

Páginas: 2/2

No dia 20 de Dezembro de 2019, no Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Canindé da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Canindé-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) Eugênio Sávio Couto Pinheiro para proceder exame de Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia Regional de Canindé de acordo com o(a) Guia de número 2131/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

SOLICITAÇÃO: 76386

ENVOLVIDO(S):

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

PARECER:

HISTÓRICO: Periciando relata ter sofrido acidente de trânsito "capotamento". Fato ocorrido em 22/09/2019 por volta das 2h. Informa ter sofrido fratura óssea a nível cervical. No momento sem queixas. Porta xerox de relatório médico datado de 11/12/2019 carimbado e assinado pelo Dr. Alander Sobreira Vanderlei CRM 10374, Neurocirurgião, o qual informa: Paciente sofreu acidente no dia 22/09/2019 com traumatismo raque medular, com fratura compressiva de C6, sem compressão medular, sem déficit neurológico, vem em tratamento conservador com uso de colar cervical com controle radiológico evidenciando boa consolidação da fratura. Paciente de alta neurológica, liberado a retomar suas atividades laborativas a partir de Janeiro de 2020, CID S12.2. Porta xerox de resultado de exame pericial da Coordenadoria de Perícia Médica do Governo do Estado do Ceará datado de 21/11/2019 assinado eletronicamente por José Nazareno de Paula Sampaio, o qual informa licença de 60 dias a partir do dia 21/11/2019. AD EXAME FÍSICO: No momento não se verificam, externamente, lesões de interesse médico-legal. Paciente sem queixas.

QUESITOS:

- 1) Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?
- 2) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do Art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) Sim.

Resposta ao 2º) Fratura compressiva de C6 (cervical 6) sem danos permanentes.

27 de Dezembro de 2019

Dr(a) Eugênio Sávio Couto Pinheiro
Médico Perito Legista Matrícula: 3000561-9



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA**DATA DO ACIDENTE **22/09/2019** CPF DA VÍTIMA **045.889.053-76**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA J PINTO, 682**
Bairro: PALESTINA - CANINDE

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **11/02/2020**NOME **Andersson Silva**ASSINATURA **Analista DPVAT**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056263/20

Vítima: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

CPF: 045.889.053-76

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/09/2019

Titular do CPF: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA : 045.889.053-76

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: 11/02/2020
Nome: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
CPF: 045.889.053-76

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069167

Vítima: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069167

Vítima: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

