

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197631/20

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

CPF: 753.012.703-97

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE : 753.012.703-97

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: 15/07/2020
Nome: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE
CPF: 753.012.703-97

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250722 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSÃO TEMPOROPARIETAL ESQUERDA.
FRATURA CAVALGADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.2
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS
QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIENANTE E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: **@P.4**
DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG.4 DRº DARIANA MACIEL CRM 19012 DATA:
14/07/2020.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250722 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSÃO TEMPOROPARIETAL ESQUERDA.
FRATURA CAVALGADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.2
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS
QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIENANTE E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: **@P.4**
DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG.4 DRº DARIANA MACIEL CRM 19012 DATA:
14/07/2020.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197631/20

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

CPF: 753.012.703-97

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE : 753.012.703-97

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: 15/07/2020
Nome: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE
CPF: 753.012.703-97

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04291

CONTA: 000000014296-8

Autenticação:

2D033B04A9907FD396EC61F25AC0898E5BF50E4C7C7449E9BBC709C410C70951

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250722

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

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, contados 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, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250722

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250722

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250722

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

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\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE**

Valor: **R\$ 2.193,75**

Banco: **341**

Agência: **000004291**

Conta: **0000014296-8**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

753.012.703-97 PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE 6 - CPF: 753.012.703-97
7 - Profissão: GARSON 8 - Endereço: RUA FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO 9 - Número: 114 10 - Complemento: TERREO
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: edmilsonkatyry@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (88) 99291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0674 CONTA: 4524 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 10 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA
Impresso nº 2020405713



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 627 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/07/2020 11:02:13**
Data / Hora da Ocorrência: **31/05/2020 16:44:00**
Endereço da Ocorrência: **R DO ESTÁDIO, MONTE CASTELO - TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO HOSPITAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE**
Nascimento: **01/04/1977** CPF: **753.012.703-97**
RG: **303064196** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA DE SOUZA ANDRADE**
ANTONIO DE MATOS ANDRADE
Endereço: **RUA FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO**
Bairro: **SÃO JOSÉ**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HVY3253 Uf: CE Município: MONSENHOR TABOSA Chassi:
9C2JC2500XR153289 Renavam: 718205022 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN Ano Fabricação:
1999 Ano Modelo: 1999 Combustível: GASOLINA Cor: AZUL
Proprietário: ANTONIO DE MATOS ANDRADE Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

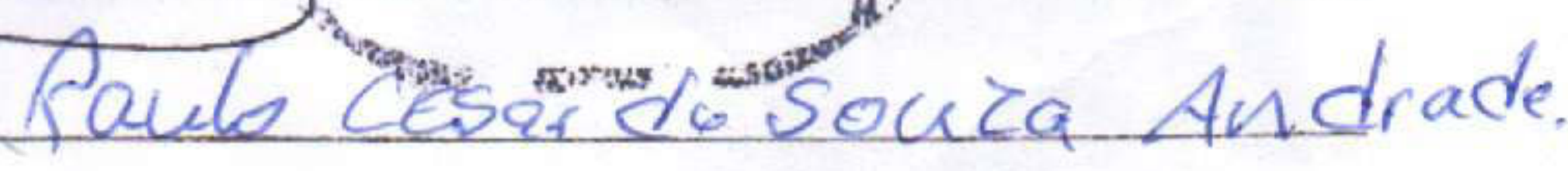
A VÍTIMA AFIRMA QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO EM DADO MOMENTO, AO PASSAR POR UM QUEBRA MOLA, O CONDUTOR CITADO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, OCASIÃO EM QUE O MESMO CAIU AO SOLO; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES, OS QUAIS A LEVARAM PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL-CE; QUE A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL-CE; QUE A VÍTIMA CONTRAIU ALGUMAS LESÕES, COMO CONSTA NO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:


Aderson de Oliveira Alves
Escrivão de Polícia Civil
ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Paulo Cesar de Souza Andrade

VISTO DO DELEGADO(A):

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

Consolidado em: 09/07/2020 11:11:20

Pág. 1 de 1

Impresso em: 09/07/2020 11:11:20

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

753.012.703-97 PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE 6 - CPF: 753.012.703-97
7 - Profissão: GARSON 8 - Endereço: RUA FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO 9 - Número: 114 10 - Complemento: TERREO
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: edmilsonkatyry@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (88) 99291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0674 CONTA: 4524 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 10 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Nº do Cliente: 9847475

ener

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Rota	TL013U03 - 35215	Referência	05/2020
Nome	ANTONIO DE MATOS ANDRADE		
Endereço	RU FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO, 00114 - 114, SAO JOSE, 63750-000, TAMBORIL		
Classificação	Residencial Pleno		
Modalidade Tarifária	B1 RESIDENCIAL	Emissão	20/05/2020
Ligação	Monofásico	Medidor	5085807-FL-E-626

Emissão 20/05/2020
Medidor 5085807-ELE-626
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

33A0835C06F3F8FD560E36F5AEA59D9F

Anterior	Atual	Próxima prevista
8/04/2020	20/05/2020	19/06/2020

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	7.142	7.142	1,00	00	00	30	0,55267	16,58

TARIFA	VALOR (R\$)
--------	-------------

-	3,39
-	16,58
-	39,52

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,58	0,77	0,13
COFINS	16,58	3,53	0,58

TOTAL A PAGAR (RS)	59,49
-----------------------	-------

CPF/CNPJ 169.833.273-49

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)

0,00 0,00

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 19/04 - 20/05

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Obs: Sem documentos Nº: 11
Horz: 16:44 DATA: 31/05/2020

IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: paulo levan Sousa de Andrade IDADE: 49 anos

Nº DO DOCUMENTO: ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1/

C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1/ CARTÃO:

NATURALIDADE: Mossoró PROFISSÃO: Barbeiro DATA DO NASC: 01/04/1978

EST. CIVIL: Casado SEXO: M TELEFONE: ESCOLARIDADE

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: uilinha

FILIAÇÃO: Antonio Tenente

maria de Fátima

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA ATUAL: Ponto de coagulação de sangramento recente

DIAGNÓSTICO: O mesmo sofreu acidente de trânsito; lesões

CONDUTA: Múltiplas rescoaduras em face; não de

EXAMES SOLICITADOS: Otorrinolaringoscopia em ouvido direito; sonda nasica

PA 150x120 cm agressividade não possibilita sua examinação

TEMP: por agitação física.

PESO:

Dr. Hilo Melo Sales
MÉDICO
CREMEC 16.940

SPO2: 93% FC: 103 bpm

Dizendo 1kg 1M

Solicite TC e/ou RM com contraste
por TC e/ou RM modificado /brava.Dr. Hilo Melo Sales
MÉDICO
CREMEC 16.940



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

RELATÓRIO DE ALTA



NOME: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE			IDADE: 43 Anos
Nº PRONTUÁRIO: 985346	ENF: MASC 2	LEITO: LEITO 2-10 EMG.ADT MASC 2	CLÍNICA: NEUROLOGIA MEDICA
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 03/06/20 À 04/06/2020			

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

#HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO 2 DIAS ANTES DA INTERNAÇÃO, EVOLUI COM CEFALÉIA, DESORIENTAÇÃO, CRISES CONVULSIVAS. REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU CONTUSAO TEMPOROPARIETAL ESQUERDA. TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA QUE EVIDENCIA NO RX FRATURA COMPLETA E CAVAGADA EM 1/3 MEDIO. TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA QUE EVIDENCIA NO RX FRATURA COMPLETA E CAVAGADA EM 1/3 MEDIO.

#EVOLUÇÃO: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. QUEIXA-SE DE HIPOACUSIA E OTALGIA EM LADO DIREITO. NEGA VOMITOS, NAUSEAS E FEBRE NAS ULTIMAS 24H. SONO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA QUE EVIDENCIA NO RX FRATURA COMPLETA E CAVAGADA EM 1/3 MEDIO.

PACIENTE SEGUE ESTAVEL EM CONDIÇÕES DE RECEBER ALTA MÉDICA.

EXAMES REALIZADOS:

TC DE CRANIO (03/06/20): CONTUSÃO TEMPOROPARIETAL ESQUERDA.

TERAPEUTICA UTILIZADA:

SINTOMATICOS + TC DE CONTROLE + FENITOÍNA

DIAGNÓSTICO FINAL: TCE

CONDIÇÕES DE ALTA:

☐ Melhorado ☐ Curado ☒ Encaminhado ao Ambulatório

RECOMENDAÇÕES:

RETORNO AMBULATORIAL COM 30 DIAS
FAZER USO DE FENOTOÍNA POR 30 DIAS

Aderbal Bezerra Martins
Médico
CREMEC: 10754

Sobral, 04 de Junho de 2020

Carimbo / Ass. Médico



Prefeitura Municipal de Tamboril
Secretaria de Saúde do Município



RECEITUARIO

PACIENTE: Paulo César de Souza Andrade

ENDEREÇO: Vila São José

Declaração médica

Declaro para os devidos fins que o paciente Paulo César de Souza Andrade, 43 anos é acompanhado na UBS Vila São José após acidente automobilístico (moto) em 31/05/2020. Encaminhado para Santa casa de Sobral por quadro de desorientação, crises convulsivas, realizou TC de crânio que evidencia contusão temporoparietal esquerda. Realizou Rx que evidencia fratura completa e cavalejada em 1/3 médio de clavícula direita. Paciente em uso de Fenitoína 100mg, de 8/8 horas. Necessita de cuidados e acompanhamento com neurologista e ortopedista até estabilização do quadro. Atenciosamente,

DATA: 14 / 07 / 2020


PROFISSIONAL CONSELHO

"Juntos podemos impedir a DENGUE. Evite água parada."



Prefeitura Municipal de Tamboril
Secretaria de Saúde do Município



RECEITUARIO

PACIENTE: Paulo Cesar de Sousa Andrade

ENDEREÇO: Vila São José

Atestado médico

Atesto, para os devidos fins que o paciente Paulo Cesar de Sousa Andrade, 43 anos, é acompanhado na UBS Vila São José (sede 3) e por especialistas (neurologista e traumatologista) após acidente automobilístico (moto) em que paciente evoluiu com crises convulsivas e trauma em clavícula direita.

DATA: 14 / 07 / 2020

Dra. Dariana Maciel
Médica
R. 0012

PROFISSIONAL CONSELHO

"Juntos podemos impedir a DENGUE. Evite água parada."

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE
 ADQUIRIU A IDENTIDADE
 PORTUGUESA




REPUBLICA DE PORTUGAL
 SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
 ESTADO DO PARANA

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
 REGISTRO 3030641-96
 DATA DE EXPIRACAO 16-03-96
 PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE
 Antonia de Matos Andrade e
 Maria de Fatima de Souza Andrade
 Monsenhor Tabosa-CE
 NATURALIDADE 01-04-1.977
 Cert. Nasc. 1888 L A-30 F 162v
 DCC 00168
 Cart. Monsenhor Tabosa-Ge.
 CPF 753.012.703-97

PORTUGAL
 ASSINATURA DO DIRETOR
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

CAIXA
 CAIXA FÁCIL



5067 2218 9868 3538
 VALIDADE 10/24
 PAULO CEZAR SOUZA ANDRADE
 0674 023 00004524-6

etc

 PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou AGL:	3 - CPF da vítima: 753.012.703-94
4 - Nome completo da vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012	
5 - Nome completo: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE	6 - CPF: 753.012.703-94
7 - Profissão: GARIPO	8 - Endereço: RUA FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO
9 - Número: 114	10 - Complemento: TERREO
11 - Bairro: MONTE CASTEL	12 - Cidade: TAMBORIL
13 - Estado: CEARÁ	14 - CEP: 63.150-000
15 - E-mail: edm@bombril.com.br	16 - 9ª DI (DDD): 85
17 - 1ª DI (DDD): 33	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR	
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 4291	CONTA: 14296
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
22 - 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):	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	
<input type="checkbox"/> 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 provejimento 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 5.194/74, 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	
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascituro(vários)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.	
34 - 	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____
38 - 1ª Nome: _____	39 - 2ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura da testemunha	
Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: TAMBORIL - CE 12 DE AGOSTO DE 2020	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____	
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____	

