

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, 13 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190475164**

**Vítima: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 23/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VALBECI CALIXTO LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**

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



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, 16 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190475164**

**Vítima: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 23/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VALBECI CALIXTO LIMA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**

Em razão da falta de apresentação do(a) LAUDO DE EXAME DE IMAGEM, FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, SUMÁRIO DE ALTA E RELATÓRIO MÉDICO, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 21 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190475164** Vítima: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

**Data do Acidente: 23/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VALBECI CALIXTO LIMA**

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**

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 ombros

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

Rebedor: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000716-1

Cuenta: 000000038867 0

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

#### **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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
440 522 353 04 PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

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 GILBERTO ISIDRO DE SOUSA 6 - CPF: 440 522 353 04  
 7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: FMA. 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:  
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Telefone fixo: 18 - Celular:  
 19 - E-mail: 20 - E-mail:

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

21 - Nome completo do Representante Legal: 22 - CPF do Representante Legal: 23 - Profissão do Representante Legal: 24 - Data de emissão do CNPJ: 25 - Nome da Seguradora: 26 - Endereço: 27 - Bairro: 28 - Cidade: 29 - Estado: 30 - CEP: 31 - Telefone fixo: 32 - Celular: 33 - E-mail: 34 - E-mail:

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/TUTÓR)

CONTA POUPANÇA (Corrente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (títulos os bancos)

AGÊNCIA:  CONTA:  AGENCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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):

- Não há IML que atende 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 dos lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei G.194/71, art. 39, §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 comparselro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou comparselro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos?  Vivos:  Falecidos:  falecidos?  Vivos:  Falecidos:  falecidos?

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 obrigatoriedade 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 - 1º Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  31/07/2019  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

NÃO ALFABETIZADO



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

Impresso nº 2019442743



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 573 - 703 / 2019

Investprev Seguradora S/A

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

12 AGO 2019

Data / Hora da Comunicação: **02/07/2019 09:56:08**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data / Hora da Ocorrência: **23/09/2018 11:20:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO EMA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **PINDORETAMA/CE**

Ponto de Referência: **RESTAURANTE BRASAS'LU**

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**

Nascimento: **04/01/1964** CPF:

RG: **322852497** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA ISIDRO DE SOUSA**

**MANOEL MOTA DE SOUSA**

Endereço: **RUA ALBERTO OLIVEIRA CASA**

Bairro: **SITIO EMA**

Município: **PINDORETAMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **8715-9190**

#### Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **OII7094** Uf: **CE** Município: **PINDORETAMA** Chassi:

**9C2JC4110CR581424** Renavam: **473315700** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano:

Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**ROXA** Proprietário: **PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA** Situação:

**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

#### Histórico

AFIRMA A PESSOA SUPRA QUALIFICADA SOB AS PENALIDADES DOS ARTIGOS 340 E 342 DO CPB; QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA OII-7094, CHASSI 9C2JC4110CR581424, ANO 2012, COR ROXA, MODELO HONDA/CG 125 FAN KS EM NOME DE PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA, QUANDO PERDEU CONTROLE DA MOTOCICLETA AO FOCAR SUA VISÃO NO RETROVISOR PERDENDO O CONTROLE indo ao solo FRATURANDO A CLAVÍCULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDA POPULARES E LEVADO PARA HOSPITAL LOCAL DE PINDORETAMA-CE; QUE AGUARDOU 8 DIAS ATÉ QUE FOSSE LIBERADA UMA VAGA NO HOSPITAL I.J.F PARA QUE FOSSE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NO HOSPITAL; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD' HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Paulo Gilberto Isidro de Sousa*

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

Impresso nº 2019442743

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 573 - 703 / 2019**

Investprev Seguradora S/A

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_**CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT 12136610012019**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# 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:  
440 522 353 04 PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

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 GILBERTO ISIDRO DE SOUSA 6 - CPF: 440 522 353 04  
 7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: ST EMMA. 9 - Número: 10 - Complemento: ZONA RURAL  
 11 - Bairro: EMMA. 12 - Cidade: PIMPORÉTAMBU 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 67 86 000  
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-98857-3375

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉDIO 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

Investprev Seguradora S/A

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTÓR E CURADOR) 2019

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)

AGÊNCIA:  CONTA:  AGENCIA: 0716 CONTA: 0029367 0

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

- Não há IML que atende 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 dos lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei G.194/71, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 comparselro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou comparselro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituro (filhos)? Vivos: Falecidos: teve irmãos? Vivos: Falecidos:

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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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 - 1º Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PIAPIRÓPOLIS MA 31/07/2019

→ Paulo Gilberto Isidro de Sousa  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

## FOLHA DE ATENDIMENTO

40  
n<sup>a</sup> 23/09/18 RECEPCIONISTA **D** HORA: 11:20h  
Dente Paulo Gilberto Sidro de Souza  
Pai: ST. Ernani

Mae: D.N. 04/01/64 - idade: 54 anos  
CPF: 987159100 CADSUS/ID:

Investprev Seguradora S/A

Maria Maria Sidro de Souza

12 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (CONTAÇÕES DE EXPOSIÇÃO)

Minha DSC: \_\_\_\_\_ Me/At: T: \_\_\_\_\_ SC: PSCD: Ag: FG: \_\_\_\_\_ Iam:

## AVULSA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

\_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_ ATENDERÁTÉ: \_\_\_\_\_



EXPOSIÇÃO:

paciente vítima de acidente de moto com ferimentos e contusões contendo sangue

CASA  CHAMADO  VERDOR  APP

## ASSINATURA/CRIMBO

## ATENDIMENTO MÉDICO

\_\_\_\_\_

ASISTENTE: Paulo G. Vaz E

DISPONIBILIZAR: ( ) ALTA ( ) ALTA APENAS: ( ) OBSTETRÍGICO ( ) TRANSFERENCIAS: ( )

DISPONIBILIZAR: ( ) INTERNAÇÃO: ( ) PM: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ HS: \_\_\_\_\_ MS: \_\_\_\_\_

**Paulo G. Vaz**  
MEU SUO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000000029867-0

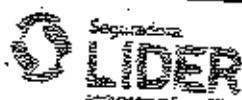
---

Nr. Autenticação

BRADESCO17102019050000000002370071600000029867168750 PAGO







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.investproseguradora.com.br> ou ligue para o SAC 0800 8301 3000 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme este número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/susep/controledecomercio.asp?tipo=1&codico=2923>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado de seguros, investimentos e corretagem de seguros, estabelece que as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Elas devem conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de renda da pessoa, respectiva documentação comprobatória.

12 AGO 2019

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, nesse formulário, não impede a cobertura do seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de constatação ao CCR.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência, previdência complementar e reaseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, responsável pelas administrações, receber, examinar e fiscalizar as autoridades e autoridades superiores de atividades financeiras previstas na Lei nº 9.532/97.

Pelo exposto, eu VALBECI CAIXETO LIMA inscrito (a) no CPF 440.520.903-06 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Segurado PAULO GILBERTO ISIDORO DE SOUZA (a) no CPF sob o N° 440.522.353-04 de sinistro de DPVAT cobertura 26 UNIPE-2 determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no: \_\_\_\_\_ anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código de

Endereço:

MANOEL PAULINO  
Centro  
Email:

CENTRO  
CEP: 58040-000  
UF: CEARA

Número: S/N  
Compl.: \_\_\_\_\_  
Estado: 6286000  
UF: CEARA

Telefone (area de DDD): (185) 988573375 Telefone (celular): \_\_\_\_\_

Local e Data:

Prado Costa naq 06 08/08/19

Valbeci Caixeto Lima

## FOLHA DE ATENDIMENTO

40  
n<sup>a</sup> 23/09/18 RECEPCIONISTA  HORA: 11:20h  
Dente Paulo Gilberto Sidro de Souza  
PA. ST. Ernani  
N<sup>a</sup>. 04/01/64 IDADE: 54 ANOS  
987159100 CADSUS/ID: Maria Sidro de Souza

Investprev Seguradora S/A

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (CONTAÇÕES DE EXPOSIÇÃO)

12 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Mínima:  Média:  T:  SC:  PSC:  Ag:  FG: 

## AVULSA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



EXPOSIÇÃO:

paciente vítima de acidente de moto com ferimentos e óbito contado

 CASO  CASO DE  VÍTIMA  ARA

## ASSINATURA/CARIMBO

## ATENDIMENTO MÉDICO

ASISTENTE: Felix Lopes ESPECIAIS: Urgente

OUVER: ( ) ALTA: ( ) ALTA A PEDIDO: ( ) OBSTET: ( ) TRANSFERENCIAS: ( )

SERVICO: ( ) INTERNAÇÃO: ( ) PM: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ HS: \_\_\_\_\_

SOU O(a) SUO RESPONSÁVEL

Paulo G. V. G.

ASSINATURA DO MÉDICO



## LAUDO MÉDICO

Investprev Seguradora S/A

NOME: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

12 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ESTA EM  
ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF  
POR:

LUXAÇÃO      ACROMIOCLAVICULAR      ESQUERDA      TRATADO  
CIRURGICAMENTE DIA 19/10/18;

ESTA NO MOMENTO EM REABILITAÇÃO FISIOTERAPICA

CID 10 (AUTORIZADO): S43.1



Dr. Fábio Mendes  
CNPJ 16.029

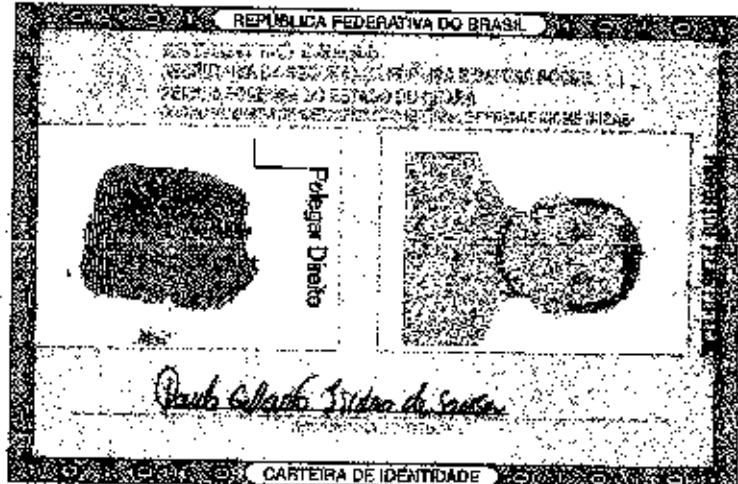
19/12/18

Atento para os devidos prazos,  
que Paulo Gilberto Filho de  
Sousa foiultimo de trans-  
ito agendado no dia 05-  
maio-2018, 08h00m. Foi sub-  
metido a tratamento.

Apresento ato definitivo  
com dor e edema localizado no  
tobogã p/ elevado, rotulados  
externo e interno da  
M.S.EST p/ suas feridas.

10/10/2018



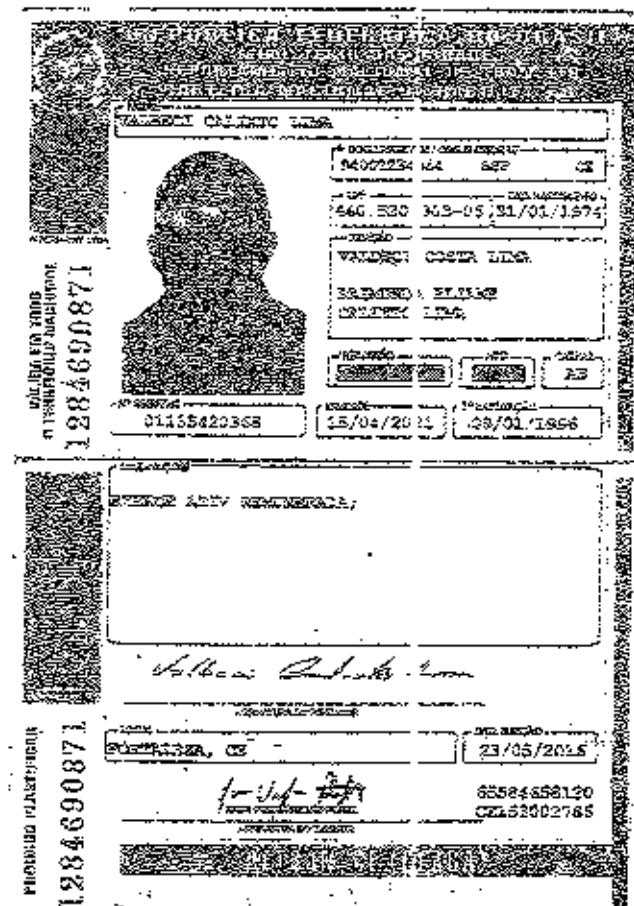


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
DOCUMENTO Nº:	2018117719-B
DATA DE EXPEDIÇÃO:	05/07/2018
NOME:	PAULO GILBERTO IZQUIERDO DE SOUSA
PAPEL:	RANDEL MOTA DE SOUSA
MARCA:	MARIA IZQUIERDO DE SOUSA
RESIDÊNCIA:	CASCABEL - PR
DATA DE NASCIMENTO:	04/01/1964
DOC. DE REFERÊNCIA:	CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO FERRO; 1341 FOLHA: 919 LIVRO: 1-100 - 2010-2011 - CE CNPJ: 44.522.363-01
ED.: MMT: 322852457	P.: 101
VIA:	Gilberto Izquierdo de Souza
ABRANGÊNCIA DO CREDOR	
LEI Nº 7.110 DE 29/06/83	

Investprev Seguradora S/A

12 AGO 2019

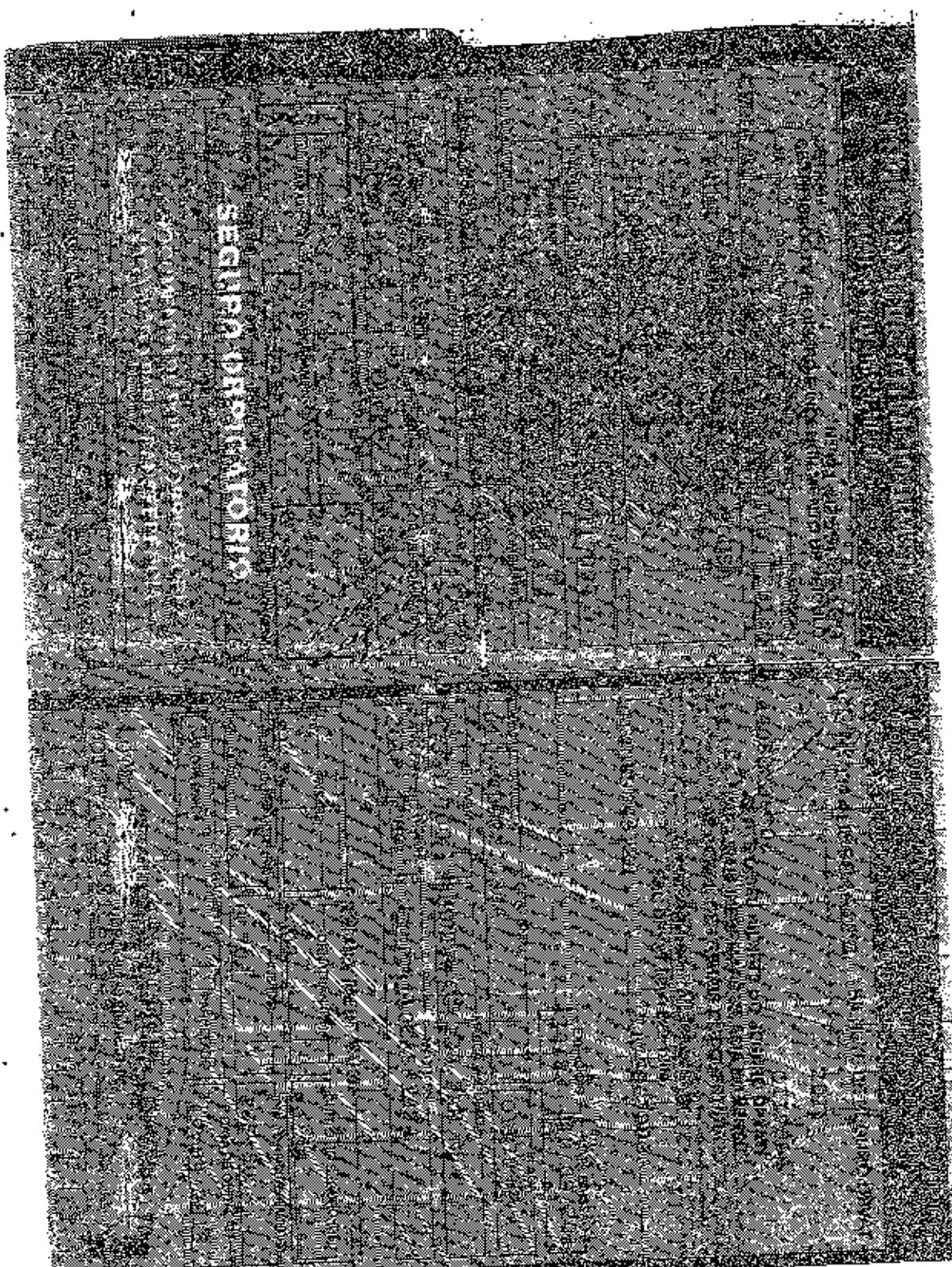
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

12 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

12 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475164      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA      **Data do acidente:** 23/09/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 14/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 2

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 10/10/2019, EMITIDO PELO DR. FRANCISCO RODRIGUES FILHO, CRM No. 6308. PÁG 1

**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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA, Brasileiro (a)  
Estado Civil: Casado, Profissão: PEDREIRO, Inscrito com o Nº de RG:  
2018117719-0 e CPF: 440 522 353-04 Residente e  
domiciliado(a) é rua ST EMMA  
Nº: S/N Bairro: FMA Cidade: PIMPORÉTAMA  
Estado: CEARÁ CEP: 62.860-000 Fone: / 987159190

Investprev Seguradora S/A

OUTORGADO: VALDECA CALIXTO LIMA Inscrito com o Nº de RG: 12 AGO 2019  
e CPF: 440 520 903-06 Residente e domiciliado na:  
Nº: S/N Bairro: CEM GNP: 42.366.302/0001-28  
Cidade: PIMPORÉTAMA Estado: CEARÁ

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vítima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA ocorrido em 23/10/2018.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Disposto em 106 de AGOSTO de 2019

Paul Gilberto Isidro de Sousa

CUTORGANTE

CARTÓRIO  
PAULO PEDROSA

Reconheço por Autenticidade a(s) da firma  
PAULO GILBERTO ISIDRO  
DE SOUSA - a  
Pimporetama - Ce 31/07/2019  
testemunho / da verdade  
Ricardo Corrêa  
PAULO Ricardo PEDROSA Carlos  
Titular  
Cadastração  
Fazenda Pública Federal  
2019-07-31 10:45:37

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275937/19

**Vítima:** PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

**CPF:** 440.522.353-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/09/2018

**Titular do CPF:** PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### VALBECI CALIXTO LIMA : 440.520.903-06

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

### PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA : 440.522.353-04

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: 12/08/2019  
Nome: VALBECI CALIXTO LIMA  
CPF: 440.520.903-06

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

VALBECI CALIXTO LIMA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275937/19

Número do Sinistro: 3190475164

Vítima: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

CPF: 440.522.353-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/10/2019  
Nome: VALBECI CALIXTO LIMA  
CPF: 440.520.903-06

\_\_\_\_\_  
VALBECI CALIXTO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

\_\_\_\_\_  
Camila Feitosa Pedrosa