
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

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

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

Recebedor: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000716-1

Conta: 000000029867-0

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, 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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

440 522 353 04

4 - Nome completo da vítima:

PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo:

PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

6 - CPF:

440 522 353 04

7 - Profissão:

PEDEIREIRO

8 - Endereço:

ST EMMA.

9 - Número:

10 - Complemento:

ZONA RURAL

11 - Bairro:

EMMA.

12 - Cidade:

PIMDORÉTANIA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

62.86000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

85-98857-3375

DADOS CADASTRAIS

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:

12 AGO 2019

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRAPESCO 237

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0716

CONTA: 0028367

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (val nascos)?

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

NÃO ALFABETIZADO

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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

PIMDORÉTANIA 31/08/2019

Paulo Gilberto Isidro de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

Impresso nº 2019442743

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 703 / 2019**

Investprev Seguradora S/A

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

12 AGO 2019

Data / Hora da Comunicação: **02/07/2019 09:56:08**Data / Hora da Ocorrência: **23/09/2018 11:20:00**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Endereço da Ocorrência: **SÍTIO 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: **SÍTIO EMA**Município: **PINDORETAMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **8715-9190****Dados do(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** AnoFabricação: **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 :** _____**"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:** _____**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 703 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT 2156810019

Investprev Seguradora S/A

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **440 522 353 04** 4 - Nome completo da vítima: **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: **PEDEIREIRO** 8 - Endereço: **ST EMMA** 9 - Número: _____ 10 - Complemento: **ZONA RURAL**
11 - Bairro: **EMMA** 12 - Cidade: **PIMDORÉTANIA** 13 - Estado: **CEARA** 14 - CEP: **62.86000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **85-98857-3375**

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CIDADE E ESTADO) **12 AGO 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)

Nome do BANCO: **BRAPESCO** 237 CNPJ: 42.366.302/0001-28

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **0716** CONTA: **0028367**
(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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 (al nascituro)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **PIMDORÉTANIA 31/08/2019**

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO

40

DATA: 23/09/18

RECEPCIONISTA: 

HORA: 11:20h

NOME: Paulo Gilberto Pedro de Sousa

END: ST. Ema

SEXO: D.N.: 04/01/64 IDADE: 54 ANOS

Nº 987159100 CADUSUS/ID:

NOME: Maria Pedro de Sousa

Investprev Seguradora S/A

12 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

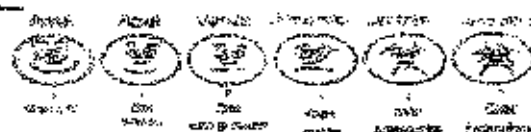
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AVALIAÇÃO DE ENFERMEIRIA)

Módulo EM: M/di T: 10 PESO: 60 FC: 80

PR: 100 ATENDER ATÉ: 1

AVALIAÇÃO SUBJETIVA DO RISCO

Avaliação de risco de queda de pacientes (V.S. com o paciente deitado)



HISTÓRIA CLÍNICA:

paciente vitioso de diabetes e hipertensão com 70% de redução da capacidade funcional. Queixa de dor no membro inferior direito.

☐ ALTA ☐ LARANIA ☐ REABEILITADO ☐ VERDE ☐ AMARELO

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO: Luxação Ep-omóide unilateral

COMPLAÇÃO: () ALTA: () ALTA A PEDIR: () ÓBITO: () TRANSFERÊNCIA: ()

CLASSIFICAÇÃO: () INTERNAÇÃO: () EM: 1 AS 10 HS.



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

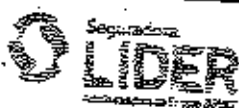
AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000000029867-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1710201905000000000023700716000000029867168750 PAGO





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 070111 (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/portal/otc/arquivos/comercial/ASP/OTPC-180001020-29436>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, obriga as Seguradoras a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Em contrar, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de fato de renda, e respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não interfere no Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação aos COA.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem competência de órgão administrativos, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.612/98.

Pelo exposto, eu VALBECI CALIXTO LIMA inscrito (a) no CPF nº 44052090306 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Segurado PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA (a) no CPF sob o nº 440522353/04 do sinistro de DPVAT cobertura TELUMUDE 2 PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o nº 440522.353/04 determinação da Circular Susep 445/12.

1) Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prove de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no e 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

Endereço:	<u>MANOEL PAULINO</u>		Número	<u>514</u>	Compl.
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>JAMPORÉTAMA</u>		
E-mail			Estado	<u>6286000</u>	Cepa
			Telefone comercial(DDD)	<u>(185) 988573375</u>	

JAMPORÉTAMA 19/08/2019
Local e Data

Valbeci Calixto Lima

FICHA DE ATEREJAMENTO

40

DATA: 23/09/18

RECEPCIONISTA: 

HORA: 11:20h

NOME: Paulo Gilberto Pedro de Sousa

END: ST. Ema

SEXO: D.N.: 04/01/64 IDADE: 54 ANOS

Nº 987159100 CADSUS/ID:

Mário Pedro de Sousa

Investprev Seguradora S/A

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AVALIAÇÃO DE ENFERMEIRAGEM)

12 AGO 2019

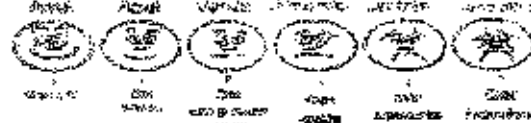
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Muito Bom: _____ Bom: _____ Regular: _____ Ruim: _____

AVALIAÇÃO SUBJETIVA DO RISCO

FR: _____ ATENDER ATÉ: _____

Observar e avaliar os pontos de atenção do paciente, com o objetivo de avaliar o risco



HISTÓRIA CLÍNICA:

paciente vitioso de longa data e/ou com
 com 70% + 80% de idade, quando for
 para

☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE:

Exame físico: Ep - cefaléia unilat. e

☐ ALTA: ☐ ALTA A PEDIR: ☐ ÓBITO: ☐ TRANSFERÊNCIA:

☐ INTERNAÇÃO: ☐ EM: _____ AS _____ HS.

Paulo Caetano

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO



LAUDO MÉDICO

NOME: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

Investprev Seguradora S/A

12 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ESTÁ 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. Felipe Mendes
CRM 16.020

19/12/18



FILIADA À FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Atto para os devidos fins,
que Paulo Gilberto Fidalgo de
Souza foi vítima de trâm-
pito agindo como abo-
nado-licenciado exp. Foi sub-
metido a tratamento.
Apresenta alto grau de
consciência e capacidade para
trabalho p/ elevar, notação
interne e externa do
M.S. Exp p/ áreas físicas.

10.10.2018

Francisco Rodrigues Filho
Ortopedista - Traumatologista
CPF: 242.228.375-00 CRM 6306

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 9.8705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/05-51

VALERIO CARLOS LIMA
 1284690871
 01155420368
 15/04/2015
 23/05/2015
 65584658120
 02163002765

Investprev Seguradora S/A
 12 AGO 2019
 CNPJ: 42.366.302/0001-28

SEGIPO INDICADORIO

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA, Brasileiro (a)
 Estado Civil CASADO, Profissão PEDEIREIRO, Inscrito com o Nº de RG:
2018117719-0 e CPF: 440 522 353 04 Residente e
 domiciliado(a) à rua ST EMMA
 Nº: S/N Bairro: EMMA Cidade: PINDORETAMA
 Estado: CEARA CEP: 62260000 Fone: 1 987159190

Investprev Seguradora S/A

OUTORGADO: VALBECA 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: CENIPÁ Cidade: PINDORETAMA Estado: CEARA
 CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 23/09/2018.

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

PINDORETAMA, 10 de AGOSTO de 2019

Paulo Gilberto Isidro de Sousa
 OUTORGANTE

CARTÓRIO
 PAULO PEDROSA

Reconheço por Autenticidade a (s) da firma
PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

Pindoretama - CE, 31/07/2019
 em testemunho da verdade

Paulo Ricardo Pedrosa Carlos
 T-10000 - Titular

Cartório de Registro Civil
 Pindoretama - CE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275937/19

Vítima: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

CPF: 440.522.353-04

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

VALBECI CALIXTO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 23/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 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