

---

**Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190425728**

**Vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

**Data do Acidente: 25/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS**

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

**Senhor(a), CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

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, 15 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190425728**

**Vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

**Data do Acidente: 25/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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, 25 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190425728**

**Vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

**Data do Acidente: 25/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000004445**

Conta: **0000022357-2**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 804.702.383-72 4 - Nome completo da vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

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

5 - Nome completo: CLEBER DE SOUSA PAIXÃO 6 - CPF: 804.702.383-72  
7 - Profissão: LAURADOR 8 - Endereço: RUA DR. TIBÉRIO NONES 9 - Número: 153 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: MANOEL EMÍDIO 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64875-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18499423 5886

## 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\$1.00 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 4445 CONTA: 001.22357 (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 renúncia 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, FLOREANO - PI 10/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
12 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI  
Boletim No.: 5732/2017

FOLHA:1  
INICIADO:25/11/2017 07:12 e EMITIDO: 25/11/2017 08:31

1ª Via

JNLQNP CBDKEKN[[

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

Natureza(s):

Espécie: Acidente de trânsito  
Natureza: Colisão  
Consumado

Espécie: L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro  
Natureza: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)  
Consumado

501838  
51084  
534460

Local: AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA

ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI

Tipo de local: Via pública - Via pública

Circunscrição: 02º D.P. BARUERI

Ocorrência: 25/11/2017 às 05:12 horas

Comunicação: 25/11/2017 às 07:12 horas

Elaboração: 25/11/2017 às 07:12 horas

Flagrante: Não

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Vítima:

- CLEBER DE SOUSA PAIXAO - Não presente ao plantão - RG: 1763118-PI  
emitido em 22/02/2017 - Exibiu o RG original: Não
- Pai: MIGUEL DE SOUSA PAIXÃO - Mãe: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXÃO
- Natural de: MANOEL EMÍDIO - PI - Nacionalidade: BRASILEIRO
- Sexo: Masculino - Nascimento: 22/08/1977 40 anos - Estado civil: Casado
- Profissão: CONFERENTE - Instrução: 2 Grau incompleto - CPF: 80470238372
- UF: SP - Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Parda
- Olhos: Castanhos escuros - Cor do cabelo: Castanhos escuros
- Endereço Residencial: RUA PIETRO CLISSA, 70 - JD BONANÇA - OSASCO - SP
- Telefones: (11) 96323-7200 (Residencial)

Condutor:

- WILSON SALES - Presente ao plantão - RG: 36367669-SP  
emitido em 04/05/2004 - Exibiu o RG original: Sim - Pai: MANOEL SALES
- Mãe: CICERA MARIA SALES - Natural de: RECIFE -PE
- Nacionalidade: BRASILEIRA - Sexo: Masculino - Nascimento: 09/10/1969
- 48 anos - Estado civil: Solteiro - Profissão: GUARDA MUNICIPAL
- Instrução: 2 Grau completo - Advogado Presente no Plantão: Não
- Cutis: Branca - Olhos: Castanhos escuros
- Cor do cabelo: Castanhos escuros - Endereço Residencial: RUA DA PRATA, 725
- VILA PORTO - BARUERI - SP - Telefones: (11) 4199-1400 (Residencial)

Autor:

- ANDRÉ DE OLIVEIRA NOVAES - Não presente ao plantão - RG: 44238041-SP  
Exibiu o RG original: Não - Pai: EDSON NOVAES
- Mãe: ANA MARIA DE OLIVEIRA - Natural de: IBIUNA - Sexo: Masculino
- Nascimento: 13/01/1994 23 anos - Estado civil: Solteiro
- Profissão: MOTORISTA - Instrução: 1 Grau completo - CPF: 44003976886

DEL.POL.BARUERI

www.policiacivil.sp.gov.br

Endereço da delegacia : R PRES. ARTHUR COSTA E SILVA, 200 - VILA SILVEIRA-BARUERI-SP. CEP: 06411-000





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI  
Boletim No.: 5732/2017

FOLHA:2  
INICIADO:25/11/2017 07:12 e EMITIDO: 25/11/2017 08:31

1ª Via

JNLQNP CBDKEKN [ [

CNH: 06072725230 - Validade CNH: 06/06/2021 - Categoria CNH: A  
Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca  
Olhos: Castanhos escuros - Cor do cabelo: Castanhos escuros  
Endereço Residencial: RUA JOSÉ EUGÊNIO MACHADO, 780 - CENTRO  
CEP: 18150-000 - IBIUNA - SP - Telefones: (15)99697-7026 (Residencial)

Veículos:

- Placa: CDI0398 - Cidade: OSASCO - UF: SP - Chassis: 9C2KC08508R403435  
RENAVAM: 947015230  
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES - Tipo: MOTOCICLETA  
Ano fabricação: 2007 - Ano modelo: 2008 - Cor: Cinza  
Combustível: Gasolina - Proprietário: CLEBER DE SOUSA PAIXAO  
Ocorrência: Acidentado - Local: Via Pública - Segurado: Não  
Pessoa relacionada: CLEBER DE SOUSA PAIXAO
- Placa: ECM9098 - Cidade: MOGI DAS CRUZES - UF: SP  
Chassis: 9BFXEAEU4CBS01402 - RENAVAM: 394394143  
Marca/Modelo: FORD/CARGO 1317 CN - Tipo: CAMINHÃO - Ano fabricação: 2011  
Ano modelo: 2012 - Cor: Prata - Combustível: Diesel  
Proprietário: MOACIR ANTONIO DA ROSA - Ocorrência: Envolvido  
Local: Via Pública - Segurado: Não  
Pessoa relacionada: ANDRÉ DE OLIVEIRA NOVAES



IMPORTANTE:

Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares.

O pagamento será feito diretamente à vítima pela seguradora consorciada, ou na forma do art.792, do Código Civil, no prazo de 03 (três) anos, a partir da data do acidente.

O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado, com o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias da apresentação dos seguintes documentos:

- I- Certificado de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiário no caso de morte;
- II- Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente e no caso de danos pessoais.

Para tirar dúvidas e mais esclarecimentos, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br), ou pelo telefone 0800-0221204.

Histórico:

Comparece nesta Delegacia de Polícia, o Guarda Municipal, RG 36.367.669, noticiando-nos que, foi acionado via CECOM a comparecer no local dos fatos a fim de atender ocorrência de acidente de trânsito com vítima, no qual colidiram um caminhão e uma motocicleta.

DEL.POL.BARUERI

[www.policiacivil.sp.gov.br](http://www.policiacivil.sp.gov.br)

Endereço da delegacia : R PRES. ARTHUR COSTA E SILVA, 200 - VILA SILVEIRA-BARUERI-SP. CEP: 05411-000



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI  
Boletim No.: 5732/2017

FOLHA:3  
INICIADO:25/11/2017 07:12 e EMITIDO: 25/11/2017 08:31

1ª Via

JNLQNPCBDKEKN[[

Chegando ao local tomou conhecimento que o condutor da moto veio a cair ao solo, lesionando-se, sendo socorrida pelo resgate RM02, o qual a conduziu para o PS Parque Imperial, onde foi medicada permanecendo em observação.

Em razão do ocorrido, decidiram apresentar a ocorrência a Autoridade Policial para que fossem tomadas as providências cabíveis.

O local é um cruzamento da Av. Piracema com a Alameda Araguaia, com camada asfáltica em boas condições, pista seca e iluminação natural a contento.

Assim que comparecer nesta Delegacia, a vítima será orientada acerca da necessidade da representação, caso deseje o prosseguimento das investigações e a instauração do competente procedimento de Polícia Judiciária, providência que deverá ser feita dentro do prazo decadencial de seis meses, contados da data em que teve conhecimento da autoria do delito. Foi requisitado exame IML para a vítima e IC para os veículos. A motocicleta foi entregue para Vanderley de Miranda Araujo e o caminhão para o proprietário. Nada mais.

Exames requisitados: IC-IML

Solução:

ENCAMINHAMENTO DP ÁREA DO FATO

ALESSANDRA AMARAL CESAR  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

CELSO LUIZ DE FRANÇA  
DELEGADO DE POLÍCIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI

RDO Nº: 5732/2017

**REQUISIÇÃO IML-PESSOA**

ILMO(A). SR(A). DIRETOR(A) DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Requisito a V.Sa. providências no sentido de determinar a perícia abaixo:

Objetivo da Perícia: Lesão Corporal  
Passou pelo P.S. : Sim SAMEB

**CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA**

Delegacia : 30401 - DEL.POL.BARUERI

Boletim nº : 5732/2017 Flagrante: Não

Naturezas : Acidente de trânsito / Colisão(Consumado), L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro / Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)(Consumado)  
Local : AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA - ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI - SP, cujo local é um(a) Via pública  
Circunscrição : 02º D.P. BARUERI  
Elaborado em : 25/11/2017 07:12  
Data Ocorrência : em 25/11/2017 às 05:12  
Data Comunicação: 25/novembro/2017 Hora: 07:12

Equipe de Perícias Médico  
Legais de Osasco

Osasco 04 DEZ 2017

A vítima se apresentou para  
exame na presente data.

**DADOS DA PESSOA**

VÍTIMA 1 - CLEBER DE SOUSA PAIXAO, RG 1763118 - PI, CPF 80470238372, filho de MIGUEL DE SOUSA PAIXÃO e de RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXÃO, natural de MANOEL EMÍDIO - PI, nacionalidade BRASILEIRO, sexo Masculino, pele Parda, nascido(a) em 22/08/1977, com 40 anos de idade, estado civil Casado, profissão CONFERENTE, grau de instrução 2 Grau incompleto, residente a RUA PIETRO CLISSA, nº. 70, no bairro JD BONANÇA, na cidade OSASCO - SP, CEP 00000-000, telefone(s) (11) 963237200

Presente ao Plantão? Não

Remeter para :

Solicito ao médico que atendeu, ou diretor do (PS ou Hospital), cópia de meu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como autorizo expressamente, sua revelação ou divulgação à autoridade policial competente, que a utilizará tão-somente, se for o caso, para fins de elaboração de exame de corpo delito.

BARUERI, 25 de novembro de 2017.

VÍTIMA 1 - CLEBER DE SOUSA PAIXAO  
Vítima

CELSO LUIZ DE FRANÇA  
Delegado(a) de Polícia

ALESSANDRA AMARAL CESAR

Escrivão(ã) de Polícia





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI

RDO Nº: 5732/2017

**REQUISIÇÃO IC-VEICULO**

ILMO. SR. DIRETOR DO INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA

Requisito a V.Sa. providências no sentido de determinar a perícia abaixo:

Objetivo da Perícia: (Efetuar exame inicial)

Natureza do Exame: Constatação de danos e trafegabilidade

**CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA**

Delegacia: 30401 - DEL.POL.BARUERI

Boletim nº: 5732/2017

Naturezas: Acidente de trânsito / Colisão(Consumado), L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro / Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)(Consumado)

Local: AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA - ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI - SP, cujo local é um(a) Via pública

Circunscrição: 02º D.P. BARUERI

Elaborado em: 25/11/2017 07:12

Data Ocorrência: em 25/11/2017 às 05:12

Data Comunicação: 25/novembro/2017 Hora: 07:12

Placas.....: CDI0398

Chassis.....: 9C2KC08508R403435

Proprietário.: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Tipo.....: MOTOCICLO

Ano fabric....: 2007

Ano modelo...: 2008

Marca.....: HONDA/CG 150 TITAN ES

Combustível...: Gasolina

Cor.....: Cinza

Município....: OSASCO - SP

Local.....: Via Pública

Detalhes do Exame:

O laudo deverá ser enviado a: DEL.POL.BARUERI

BARUERI, 25 de novembro de dois mil e dezessete.

CELSON LUIZ DE FRANÇA

Delegado(a) de Polícia





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI

RDO Nº: 5732/2017

**REQUISIÇÃO IC-VEICULO**

ILMO. SR. DIRETOR DO INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA

Requisito a V.Sa. providências no sentido de determinar a perícia abaixo:

Objetivo da Perícia: (Efetuar exame inicial)

Natureza do Exame: Constatação de danos e trafegabilidade

**CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA**

Delegacia: 30401 - DEL.POL.BARUERI

Boletim nº: 5732/2017

Naturezas: Acidente de trânsito / Colisão(Consumado), L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro / Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)(Consumado)

Local: AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA - ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI - SP, cujo local é um(a) Via pública

Circunscrição: 02ª D.P. BARUERI

Elaborado em: 25/11/2017 07:12

Data Ocorrência: em 25/11/2017 às 05:12

Data Comunicação: 25/novembro/2017 Hora: 07:12

Placas.....: CDI0398

Chassis.....: 9C2KC08508R403435

Proprietário.: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Tipo.....: MOTOCICLO

Ano fabric....: 2007

Ano modelo...: 2008

Marca.....: HONDA/CG 150 TITAN ES

Combustível...: Gasolina

Cor.....: Cinza

Município....: OSASCO - SP

Local.....: Via Pública

Detalhes do Exame:

O laudo deverá ser enviado a: DEL.POL.BARUERI

BARUERI, 25 de novembro de dois mil e dezessete

CELSON LUIZ DE FRANÇA

Delegado(a) de Polícia





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI

RDO Nº: 5732/2017

**REQUISIÇÃO IC-VEICULO**

ILMO. SR. DIRETOR DO INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA

Requisito a V.Sa. providências no sentido de determinar a perícia abaixo:

Objetivo da Perícia: (Efetuar exame inicial)

Natureza do Exame : Constatação de danos e trafegabilidade

**CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA**

Delegacia : 30401 - DEL.POL.BARUERI

Boletim nº : 5732/2017

Naturezas : Acidente de trânsito / Colisão(Consumado), L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro / Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)(Consumado)

Local : AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA - ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI - SP, cujo local é um(a) Via pública

Circunscrição : 02ª D.P. BARUERI

Elaborado em : 25/11/2017 07:12

Data Ocorrência : em 25/11/2017 às 05:12

Data Comunicação: 25/novembro/2017 Hora: 07:12

Placas.....: CDI0398

Chassis.....: 9C2KC08508R403435

Proprietário.: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Tipo.....: MOTOCICLO

Ano fabric....: 2007

Ano modelo...: 2008

Marca.....: HONDA/CG 150 TITAN ES

Combustível...: Gasolina

Cor.....: Cinza

Município....: OSASCO - SP

Local.....: Via Pública

Detalhes do Exame:

O laudo deverá ser enviado a: DEL.POL.BARUERI

BARUERI, 25 de novembro de dois mil e dezessete.

CELSON LUIZ DE FRANÇA

Delegado(a) de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 804.702.383-72 4 - Nome completo da vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

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

5 - Nome completo: CLEBER DE SOUSA PAIXÃO 6 - CPF: 804.702.383-72  
7 - Profissão: LAURADOR 8 - Endereço: RUA DR. TIBÉRIO NOUFS 9 - Número: 153 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: MANOEL EMÍDIO 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64875-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 99423 5886

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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA

AGÊNCIA: 4445 CONTA: 001.223572 (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 renúncia 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 (vairasor)? ☐ 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 - Impresão 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 - 1º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORENÇA-PI 10/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190425728

**Cidade:** Barueri

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CLEBER DE SOUSA PAIXAO

**Data do acidente:** 25/11/2017

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de Úmero Esquerdo com Neuropraxia do Radial.

**Descrição do exame físico:** Paciente com fratura de úmero esquerdo com neuropraxia do radial, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, dor e edema local aos esforços, diminuição da força muscular, atrofia da musculatura do braço esquerdo, e neuropraxia do nervo radial com limitação dos movimentos articulares.  
ADM da articulação do Cotovelo Esquerdo - Flexão - 0 a 35°.  
Extensão - 35 a 0°.

ADM da articulação do Ombro Esquerdo - Flexão - 0 a 90°.  
Extensão - 0 a 20°.  
Adução - 0 a 20°.  
Abdução - 0 a 90°.  
Rotação interna - 0 a 45°.  
Rotação externa - 0 a 45°.

**Resultados terapêuticos:** Paciente com fratura de úmero esquerdo com neuropraxia do radial; realizado tratamento cirúrgico; realizado tratamento fisioterápico; evolui com dor e edema local aos esforços, diminuição da força muscular. Alta médica em 19/06/2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro superior esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do membro superior E devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular, redução da força, limitação moderada da mobilidade do ombro e grave do cotovelo esquerdo).  
Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI**

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI

PRONTO ATENDIMENTO - IMPERIAL

RUA PROFESSOR JOAO DA MATA E LUZ, 350 - CENTRO - 06401124 - BARUERI/SP

Emitido em: 25.11.2017 05:58:57

Emissor: UTILSON SANTOS ARAUJO

CNES:

CNPJ: 46.523.015/0001-35

Forma Entrada: MEIOS PRÓPRIOS

Data/Hora: 25/11/2017 05:58:00

Especialidade: CLINICO GERAL

Natureza do Atendimento: NATURAL

Senha Totem: P23

Tipo de Atendimento: URGÊNCIA

Nº Atendimento: 87289

FAA: 33149



Nome: PACIENTE DESCONHECIDO

Nome Social: PACIENTE DESCONHECIDO

Idade: 40 ANO(S) 0 MES(ES) 0 DIA(S)

Prontuário:

CPF:

RG: Não Informado

Dt.Nasc.: 25/11/1977

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Endereço: 00000000 - NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO, 00, NÃO INFORMADO, CPL: NÃO INFORMADO - NÃO INFORMADO/SAO PAULO

Nome Mãe: SEM DOCUMENTO

Nome Pai:

Tel. Comercial:

Tel. Residencial: (011) 96323-7200

Tel. Celular:

TOSSE ( )SIM ( )NÃO, Há 3 semanas ou mais? ( )SIM ( )NÃO

Data/ Hora	Médico	Especialidade	CID	RECURSO	FAA

AUTORIZO O CORPO CLÍNICO A PRATICAR QUALQUER TRATAMENTO NECESSÁRIO OU PRUDENTE

Responsável: PACIENTE DESCONHECIDO - RG: Não Informado ( )

ASS.:

## PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

Alergia:		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	Dor:
Medicação em Uso:			P.A: 140 X 90 mm/HG
ENFERMEIRO / DATA E HORA		12 JUL 2019	FR: 19 IRPM
			FC: 86 BPM
			Temp: 36.1 °C
			Peso: ____ Kg
			Alt: ____ cm IMC:
			Spo2: ____ %
			Glicemia: 158 mg/dL

## PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - MÉDICO

QUEIXA PRINCIPAL/ ANAMNESE / EXAME FÍSICO:

AC MOP acidente moto x carro, gravemente ferido.  
Apresenta Fratura de URS, T8 e L1  
(G15815), Fratura de MM II.  
FC de 86 bpm, EspO2

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS/REALIZADOS

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA

ESP. PROCEDIMENTOS/SUS

Data/Hora da Dispensa

Assinatura(s) e Carimbo(s) - CRM

R1300130029

Página: 1 de 1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Max ROU BUSTIL  
Médico  
CRM-SP 107.782

707 4542 1582

Cleber de Souza paixão:

Ramunda Maria de Souza paixão

DN 22/08/1977

Bom dia

Colm cural mdo  
dure. Bom dia

Tom Hides  
Mina

MIC re

ma du for

Shub Pa



Max Koit Bussing  
Médico  
CRM-SP 102.383

25/10/17

Uma curul @

Me ope mdo

CRM-SP 102.383

Max Koit Bussing  
Médico  
CRM-SP 102.383

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04445

CONTA: 000000022357-2

---

Nr. da Autenticação 0BA5E1838ABCC9C3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Seu contato  
pelo 0800, informe  
o NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0304588-9

Nº da Nota Fiscal 023789207

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	04-07-2019	204	199,57

MIGUEL DE SOUSA PAIXÃO  
R. DR. TIBÉRIO NUNES S/N 280 CENTRO  
CPF: 00015550990253  
CEP: 64.875-000 - MANOEL EMÍDIO

ROT: 244.538.19.19.030100

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	31910	Atual: 27/06/2019
Anterior:	31706	Anterior: 28-05-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura: 29-07-2019
Consumo Medido:	204	Emissão: 26-06-2019
Consumo Faturado:	204	Apresentação: 27-06-2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A16930		1.1.1.1	206

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Mês/ano consumo	
MAI/19 214	CONSUMO 204 A R\$ 0,916676 = 187,00
ABR/19 212	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 12,57
MAR/19 170	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,20
FEV/19 212	
JAN/19 207	
DEZ/18 196	
NOV/18 240	
OUT/18 277	
SET/18 261	
AGO/18 195	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 204 - 0,916676	

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 26-06-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO CS67.6A80.CF46.5315.F87C.C9C3.AEB2.875F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	36,78	Base de Cálculo:	187,00
Energia:	71,06	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,01	Valor do ICMS:	50,49
Encargos:	5,88	Valor do PIS:	1,92
Tributos:	61,27	Valor do COFINS:	8,86

### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	7,27	14,53	29,06	3,93	7,85	15,70	4,14	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	ELIZEU MARTINS						Período de apuração:	04/2019
							ELSD:	74,95

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENE SEGURO S.A.  
Rua Celso de Resende, 465 Loja C  
Arlindo - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLEBER DE SOUZA PAIXÃO inscrito (a) no CPF sob o N° 804.702.381-72 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima CLEBER DE SOUZA PAIXÃO inscrito (a) no CPF sob o N° 804.702.381-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, 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 Penal.

Endereço <u>RUA PROTETADA 22</u>		Número <u>291</u>	Complemento <u>CHSA</u>
Bairro <u>TIBERÁE</u>	Cidade <u>FLOPIANO</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64800-00</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
12 JUL 2019  
  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

FLOPIANO, 23 de JANUÁRIO de 2019  
Local e Data

Eduardo Alves dos Santos  
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
31 JAN, 2019  
  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



Cardiologia - Cirurgia Plástica - Dermatologia - Ortopedia - Pediatria - Psiquiatria  
Raio x Digital - Fisioterapia - Psicologia - Nutrição - Exames laboratoriais

## RELATÓRIO MÉDICO

Relato que o paciente Cleber de Sousa Paixão, 41 anos, RG 1763118, CPF 804.702.383-72, foi atendido no Pronto Socorro do Parque Imperial na cidade de Barueri - SP no dia 25/11/2017, com Ficha de Atendimento de número 87289, vítima de acidente motociclistico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 5732/2017, com trauma no braço esquerdo e exames de imagem evidenciando fratura de úmero, submetido a tratamento cirúrgico. Após a alta evolui com dor e edema aos mínimos esforços, neuropraxia do nervo radial com limitação total de extensão do punho esquerdo, limitação de extensão do cotovelo esquerdo de aproximadamente 75 % e diminuição da força muscular do membro superior esquerdo de aproximadamente 50%. Alta ortopédica.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

CID: S-42.3 / G-56.3

Florianópolis - PI

19/06/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Dr. Edipe Nunes de Almeida  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 4375 / TEO-14175





NotreDame  
Intermédica

## RECEITUÁRIO / PRESCRIÇÃO MÉDICA

13353 CC OSASCO (22559)  
Especialidade: Avaliação Cirúrgica Ortopédica  
Médico: SÉRGIO PINHEIRO DE SOUZA MEIRELLES  
No. Atendimento: 7058065 024  
Empresa: Sorvete Jundia Indústria E Comércio  
Cart. Ant. Prn: 1201629  
CLEBER DE SOUSA PAIXÃO-Titular  
91005308 00000282 000 0139 c4  
Nascimento: 22/08/1977 Sexo: M FX, ET: 36/45  
Plano: Max 300 Convenio: Intermédica  
Consulta Marcada para 10:00:00 (23/02/2018)  
Horário de Confirmação 09:13:01 (23/02/2018)

### Relatório

Paciente Fratura diafísaria de  
Ulna no (E) + Neuropatia do  
N. Radial. Foi operado no nosso  
serviço com placa posterior e explora-  
ção do N. Radial. Hoje está em  
tratamento com fisioterapia para  
reabilitação

Dr. Sérgio Meirelles  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica Ortopédica  
CRM 140.092 - RGO 23430

Av. Santo Antônio, 1905  
Osasco

542

- MARQUE SEMPRE A HORA PARA SUA CONSULTA
- DESMARQUE SE NÃO PUDEIR COMPARECER

05.012 NOV/15

ANS nº 359017

SAP 2123

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



NotreDame  
Intermédica

# RECEITUÁRIO / PRESCRIÇÃO MÉDICA

13353 CC OSRSCO (22659)  
Especialidade: Avaliação Cirúrgica Ortopédica  
Médico: SERGIO PINHEIRO DE SOUZA HEIRELLES  
No. Atendimento: 7058865-824  
Empresa: Sorvete Jundia Indústria E Comercio  
Cart. Ant: Prn: 1291629  
CLEBER DE SOUSA PRINHO-Titular  
91005308 0000282 000 0139  
Nascimento: 22/08/1977 Sexo: M Fx ET: 36/45  
Plano: Max 388 Convento: Intermedic  
Consulta Marcada para 18:00:00 (23/02/2018)  
Horário de Confirmação 09:13:01 (23/02/2018)

Relatório

Paciente Fratura diafise de

Umero (E) + Neuropatia do

N. Radial. Foi operado no nosso

serviço com placa posterior e explora-

ção de N. Radial. Hoje está e

trabalhando com fisioterapia p/

Recabi 1, kg

Av. Santo Antônio, 1905  
Jd. Osasco

S42

- MARQUE SEMPRE A HORA PARA SUA CONSULTA
- DESMARQUE SE NÃO PUDEZ COMPARECER

05.012 NOV/15

ANS nº 359017

SAP 2123

05.003 AGO/07

ANS nº 359017

PARA A PERÍCIA MÉDICA O PACIENTE DEVE COMPARECER AO MÉDICO PERITO NO 1º DECEMO SEXTO DIA DO AFASTAMENTO, MUNDO DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS PELO DEPARTAMENTO PESSOAL DA EMPRESA.

DATA

ASSINATURA E CARIMBO CRM DO MÉDICO

25 NOV. 2007

Dx Luiz Antônio Costa Lemos  
Médico - CRM-SP 185133

S 628

LOCAL DO ATENDIMENTO

Uniao - SP

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE ACIMA ESTEVE NESTA UNIDADE DAS \_\_\_\_ AS \_\_\_\_ DEVENDO O MESMO:

- ☒ PERMANECER AFASTADO POR 15 dias a partir de 25/11/17
- ☐ REALIZAR LAUDO MÉDICO PERICIAL

SRIA

NotreDame  
Intermédica

ATESTADO  
MÉDICO

21019356

EMPRESA

Uniao de Santa Rita

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

## EVOLUÇÃO DE ADMISSÃO - ENFERMEIRO (A) PRONTO SOCORRO DO PARQUE IMPERIAL

Nome: Uesley de Sousa Pereira Data de Nasc.: 22/08/77 Idade: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: Raimunda Maria de Sousa Pereira

Prontuário: 33149 Setor: Ortopedia Leito: \_\_\_\_\_ Data: 25/11/17

### DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Trauma de mão FT MSE e MID

### ANAMNESE

25/11/17 9:00 Cliente em maca acamperado pela esposa Fratura MSE imobilizado, MID imobilizado, Edema em face, CURS fechados, não se. Danos IAS, amnésia, somnolência, consciente, orientado, BNUFTS, S, P: MV @ blt, Bdom flácido e timpânico, R + R @, diurese @, eucorpo @, AT. Remoção Trauma de mão tipo pela mãe em frente ao carro.

### EXAMES

#### SOLICITADOS:

#### REALIZADOS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
31 JAN. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

**HOSPITAL E MATERNIDADE RENASCENÇA**

R PEDRO FIORETTI, 480 - CENTRO - OSASCO  
OSASCO - SP  
Fone : 1136517550

Prontuário: 006736534

Leito: 60402

Data de Admissão: 01/12/2017 Hora: 11:06

Nome: CLEBER DE SOUSA PAIXAO Idade : 40 anos Dt Nasc: 22/08/1977 Sexo: M

Nome da Mãe: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXA

End.: R PIETRO CLISSA, 70 - BONANCA OSASCO - SP

CEP.: 06266190

Convênio: INTERMEDICA/MAX 300

Religião:

RG: 1.763.118

Médico: ANDRE FERRARI DE FRANCA CAMARGO

Fone: 9 6336-5130

Clínica: CIRURGIA ORTOPEDICA - GERAL

**Resumo de Alta**

Declaramos para os devidos fins que o paciente acima, esteve internado neste hospital no período de:

01/12/2017 A 02/12/2017 7:00:00 AM

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

S42.3 - FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

TRATAMENTO REALIZADO

EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA = DIAFISÁRIA DE UMERO COM EXPLORAÇÃO DO NERVO RADIAL  
(NEUROPRAXIA TRAUMÁTICA) DIA 01/12/17

RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS

SUGESTÃO DE TEMPO DE AFASTAMENTO

INFORMAÇÕES DE UTILIDADE PARA O MÉDICO QUE IRÁ CONTINUAR O TRATAMENTO

OSASCO, 01 de Dezembro de 2017

RENATO AKIRA IWASHITA  
CRM / 120341-SP

Dr. Renato Akira Iwashita  
CNS 98001627828024  
CRM 120341 - HU-USP

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teressina - PI

23.11.2018

## Ofício

Para

**PRONTO SOCORRO DO PARQUE IMPERIAL**

**Cleber de Sousa  
Paixão**

**Nº do Ofício: 311/2018**

De

**Dr. André Luiz Vianna de  
Oliveira -  
Superintendente**

**Assunto: Requerimento de Documento**

**Ilma, Sr(a). Cleber de Sousa Paixão**

Conforme solicitado, encaminhamos (em anexo), cópia do Prontuário Médico.

Atenciosamente,

Barueri/SP, 23 de Novembro de 2018.

*Am*  
**Dr. André Luiz Vianna  
Superintendente  
Pronto Socorro Imperial  
Diretrizes**

**Dr. André Luiz Vianna de Oliveira  
Superintendente  
Pronto Socorro do Parque Imperial  
Instituto Diretrizes**



Recebido:

Em 26/11 às 16:30 h Cleber de Sousa Paixão  
(Nome completo e função)

**Instituto Diretrizes**

Tel (11) 4706-1319/4198-8218

Rua José Martinho, 399  
Parque Imperial  
CEP: 06462-230 - Barueri/SP

[www.institutodiretrizes.com.br](http://www.institutodiretrizes.com.br)

**INSTITUTO  
DIRETRIZES**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI**

SECRETARIA DE SAÚDE

PS JOSÉ AGOSTINHO DOS SANTOS

PRONTO ATENDIMENTO - IMPERIAL

RUA JOSÉ MARTINHO, S/N - PARQUE IMPERIAL - 06462230 -  
BARUERI/SPEmitido em: 26.11.2018 16:37:01  
Emissor: DOUGLAS RIBEIRO DA SILVA

CNES: 2024373

CNPJ: 46.523.015/0001-35

ALTO  
25/11  
20:30hs

Forma Entrada: MEIOS PRÓPRIOS

Data/Hora: 25/11/2017 05:58:00

Especialidade: CLINICO GERAL

Natureza do Atendimento: NATURAL

Senha Totem: P23

Tipo de Atendimento: URGÊNCIA

Nº Atendimento: 87289

CLASSIF. DE RISCO: 15 - AMARELO

FAA: 33149



Nome: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Nome Social: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Idade: 41 ANO(S) 3 MES(ES) 3 DIA(S) Prontuário:

CPF:

RG: 1763118

CNS:

Dt.Nasc.: 22/08/1977 Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Endereço: 00000000 - NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO, 00, NÃO INFORMADO, CPL: NÃO INFORMADO - NÃO INFORMADO/SAO PAULO

Nome Mãe: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXAO

Nome Pai: MIGUEL DE SOUSA PAIXAO

Tel. Comercial:

Tel. Residencial: (11) 963237200

Tel. Celular:

TOSSE ( )SIM ( )NÃO, Há 3 semanas ou mais? ( )SIM ( )NÃO

Data/ Hora	Médico	Especialidade	CID	RECURSO	FAA

AUTORIZO O CORPO CLÍNICO A PRATICAR QUALQUER TRATAMENTO NECESSÁRIO OU PRUDENTE

Responsável: CLEBER DE SOUSA PAIXAO - RG: 1763118 ( )

ASS.: \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM**

Queixa Principal: paciente direto para emergência

/ História Pgressa: / História Cirúrgica: / Exame Físico: / Conduta:

Alergia: NÃO POSSUI

Dor: \_\_\_\_\_

P.A: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mm/HG

FR: \_\_\_\_\_ IRPN

FC: \_\_\_\_\_ BPM

Temp: \_\_\_\_\_ °C

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Alt: \_\_\_\_\_ cm IMC:

SPO2: \_\_\_\_\_ %

Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dL

Medicação em uso:

ENFERMEIRO / DATA E HORA  
25/11/2017 06:02 - COREN: 203940 EVA ANGELA ALAMINHO DA  
SILVA

Téc.AUX ENFERMAGEM / DATA E HORA

**PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - MÉDICO**

QUEIXA PRINCIPAL/ ANAMNESE / EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS/REALIZADOS

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA

ESP. PROCEDIMENTOS/SUS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PIDEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Data/Hora da Dispensa

Assinatura(s) e Carimbo(s) - CRM



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## PRONTO SOCORRO DO PARQUE IMPERIAL

Nome: Leandro de Jesus Borges Data de Nasc.: 1/1/1984 Idade: 35

Prontuário:                      Leito:                      Data: 28/11/11 ☐ PSI ☐ PSC ☐ AMB

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
28/11/11	1) Atend. Social 2) Atend. em 10 qts 3) Manual de 800 pgs 4) Volume 15 5) Volume 17 6) Atend. Menor	12h00 13h00 14h00 15h00 16h00 17h00
	Maximiliano Bussing Médico CRM-SP 102.383	
	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 2 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 31 JAN. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470	

Assinatura e Carimbo do Médico Prescritor

NOME Clíber de Souza Faria

IDADE 40 anos DATA 25/11/17

## SINAIS

GANHOS/INFUSÕES

## BALANÇO HÍDRICO

**PEDRAS / ELIMINAÇÕES**

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Carlos de Almeida, 445 Lda C  
Centro-Norte CEP: 54.002-470  
Tel: 021-25024011

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
31 JAN. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Niterói CEP: 54.002470

++= PEQUENA  
+++= MÉDIA  
++++= GRANDE

QUANTIDADE

— AUSENTE

A = AMARELO  
 AC = AMARELO CITRINO  
 Af = AMARELO ESCURO  
 V = VERDE  
 Sg = SANGUINOLENTO  
 pij = PIQUENLENTO

COLORAÇÃO / ASPECTO / ASP

V = VERDE

P = PASTOSA  
SP = SEMI-PASTOSA  
SL = SEMI-LÍQUIDA  
L = LÍQUIDA  
ML = MELENA  
MC = MECÔNIO

FEZES

L = LIQUIDA  
ML = MELENA  
MC = MECÔNIO





NotreDane  
Intermédica

## HOSPITAL E MATERNIDADE RENASCENÇA

R PEDRO FIORETTI, 480 - CENTRO - OSASCO

OSASCO - SP

Fone : 1136517550

Prontuário: 006736534

Leito: 60402

Data de Admissão: 01/12/2017 Hora: 11:06

Nome: CLEBER DE SOUSA PAIXAO Idade : 40

Dt Nasc: 22/08/1977 Sexo: M

Nome da Mãe: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXA

End.: R PIETRO CLISSA, 70 - BONANCA OSASCO - SP

CEP.: 06266190

Convênio: INTERMEDICA/MAX 300

Religião:

RG: 1.763.118

Fone: 9 6336-5130

Médico: ANDRE FERRARI DE FRANCA CAMARGO

Clínica: CIRURGIA ORTOPEDICA - GERAL

## Atestado Médico

SR (a): CLEBER DE SOUSA PAIXAO

EMPRESA : 167566 SORVETE JUNDIA INDUSTRIA E COMERCIO LTDA

PERMANECEU NESTE SERVIÇO DAS : ÀS :

☐ CONSULTAR

☐ REALIZAR EXAMES

☐ PROCEDIMENTO

☐ (N) OUTROS :

DEVENDO O MESMO :

☐ RETORNAR AO SERVIÇO

☒ (X) PERMANECER AFASTADO POR 15 DIAS A PARTIR DE 01/12/2017

☐ REALIZAR LAUDO MÉDICO PERICIAL

☐

CID :

S42.3-FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

Com a expressa concordância do (a) paciente, registro o CID da sua patologia.

OSASCO, 01 de Dezembro de 2017

RENATO AKIRA IWASHITA

CRM / 120341-SP

Dr. Renato Akira Iwashita  
CNS 98001873-518074  
CRM 120341-SP





SECRETARIA SAÚDE  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DE MANOEL EMÍDIO-PI

## RECEITUÁRIO

Nome: Cleber de Sousa Paixão Id.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nº CNS: \_\_\_\_\_

USO ORAL.

① - Antraxil 320 mg — ox 01  
- Tomar 01 CP de 24/24 horas.  
durante os dias



11/05/18

Dr. Pedro Alves Silva Neto  
Médico

Primeiro de Maio, Nº 441 - CEP: 64.875.000 - Manoel Emídio - PI  
CNPJ: 06.554.125/0002-20



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
CLEBER DE SOUSA PAIXAO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
1763118 SSP/PI

CPF  
804.702.383-72

DATA NASCIMENTO  
22/08/1977

FILIAÇÃO  
MIGUEL DE SOUSA PAIXAO  
RAIMUNDA MARIA DE SOUS  
A PAIXAO

PERMISSÃO  
A

ACC  
A

CAT. HAB.  
A

NP REGISTRO  
02958242209

VALIDADE  
21/02/2018

1ª HABILITAÇÃO  
25/07/2003

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
OSASCO, SP

DATA EMISSÃO  
21/02/2013

34108685159  
SP578358271

DETRAN - SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
704394956

PROIBIDO PLASTIFICAR  
704394956

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
12 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
31 JAN. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.763.118 DATA DE EXPIRAÇÃO 30.07.1996

GENERAL

Nome CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

Assinatura Miguel de Sousa Paixão

Relação Raimunda Maria de Sousa Paixão

N.º de Nascimento M.º Emídio-PI 22. Agosto. 1977 DATA DE NASCIMENTO

CPF 31 exp. em Florianópolis-PI 07.10.1977

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - COLO DE DEUS MARTINS

Cleber de Sousa Paixão

CPF 1.763.118

DATA DE NASCIMENTO 22/08/77

CPF 31 exp. em Florianópolis-PI 07.10.1977

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

Nº de Inscrição 804702383-72

Data do Nascimento 22/08/77

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 11/03/97

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0304090398-5  
DETRAN - SP Nº 013651771813  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00947015230 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2017

NOME  
CLEBER DE SOUSA PAIXAO

CPF / CNPJ 00080470238372 PLACA CDI0398

PLACA ANT / UF CDI0398 SP CHASSI 9C2KC08508R403435

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB 2007 ANO MOD 2008

CAP / POT / CIL 2L / 0149CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS  
1 \*\*\*\*\*  
2 \*\*\*\*\*  
3 \*\*\*\*\*

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS  
A 0028080. COD. MUN. 492-3  
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) DPVAT PAGO IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA\* MOTOR: KC08E5B403435

LOCAL OSASCO DATA 18/10/2017  
00000  
Hassell Borges de Moura Vieira  
Diretor Presidente do Detran SP

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SP Nº 013651771813 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 18/10/2017  
VIA 1 CPF / CNPJ 00080470238372 PLACA CDI0398

RENAVAM 00947015230 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES  
ANO FAB 2007 CAT. TARIF 9C2KC08508R403435

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO VLS INFORMATIVO, CASO PAGO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
31 JAN. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

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

Número do Sinistro: **3190425728**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R DR TIBERIO NUNES, 280 - CENTRO - Manoel Emídio - PI - CEP 64875-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **1.763.118**

Data e local do acidente: [ **25/11/2017** ] **Via pública**

Data e local do exame: [ **18/07/2019** ] **Floriano** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura de Úmero Esquerdo com Neuopraxia do Radial.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Paciente com fratura de úmero esquerdo com neuopraxia do radial, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, dor e edema local aos esforços, diminuição da força muscular, atrofia da musculatura do braço esquerdo, e neuopraxia do nervo radial com limitação dos movimentos articulares.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Paciente com fratura de úmero esquerdo com neuopraxia do radial; realizado tratamento cirúrgico; realizado tratamento fisioterápico; evolui com dor e edema local aos esforços, diminuição da força muscular, atrofia da musculatura do braço esquerdo, e neuopraxia do nervo radial com limitação dos movimentos articulares. Alta médica em 19/06/2019.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Deformidade com DANO em ombro e cotovelo esquerdo;*

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Cotovelo Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

**Ombro Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

**DAM da articulação do Cotovelo Esquerdo - Flexão - 0 a 35°. Extensão - 35 a 0°. DAM da articulação do Ombro Esquerdo - Flexão - 0 a 90°. Extensão - 0 a 20°. Adução - 0 a 20°. Abdução - 0 a 90°. Rotação interna - 0 a 45°. Rotação externa - 0 a 45°.**



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: CLÉBER DE SOUSA PAIXÃO  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: CONFERENTE  
Identidade: 1763118 CPF: 804.702.383-72  
Endereço: RUA: DOUTOR TIBÉRIO MUNES - 280 MANELEMIDIO

### PROCURADOR:

Nome: Edimar Alves dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Autônomo  
Identidade: 1.585.662 SSP - PI CPF: 748.086.803-00  
Endereço: Rua Projetada nº 291 Floriano - PI

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincoros, e Corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Manoel Eudes, 17/01/2019  
Local e data

Cléber de Sousa Paixão  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236344/19

**Vítima:** CLEBER DE SOUSA PAIXAO

**CPF:** 804.702.383-72

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 25/11/2017

**Titular do CPF:** CLEBER DE SOUSA  
PAIXAO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

### CLEBER DE SOUSA PAIXAO : 804.702.383-72

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: 12/07/2019  
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 748.086.803-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa