

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200397391

Vítima: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000056814-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 410.403.514-86 3 - CPF da vítima: 410.403.514-86 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Gus de Araújo

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

5 - Nome completo: Guilherme Gus de Araújo

7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Padre Agostinho 9 - Número: 466 10 - Complemento: 466

11 - Bairro: Paracatu 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 5800-000

15 - E-mail: 410.403.514-86 16 - Telefone: (83) 9981-5088

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 13 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 909 CONTA: 56814 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- Não 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automáticas, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 residuo (se nome)? ☐ 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 - Impondo digital na vítima ou limbo (se não carimbado)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rog) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rog) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rog) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 04-11-2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Guilherme Gus de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 06607.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06607.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:49 horas do dia 04 de novembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Guilherme Cruz de Araújo**, CPF nº 712.703.514-86, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ambulante, filho(a) de Maria das Neves Cruz de Araújo e Gilberto Franco de Araújo, natural de Serra Redonda/PB, nascido(a) em 21/06/2001 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Azevedo, Nº 462, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98671-3278.

**Dados do(s) Fatos:**

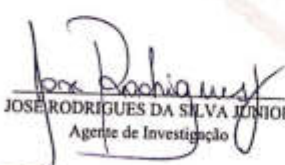
Local: Alça da Br 230, Hospital Metropolitano, Santa Rita/PB, bairro Heitel Santiago; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/07/20 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

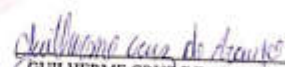
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 14/07/2020, POR VOLTA DAS 13:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2015/16, PLACA QFP-4028/PB, CHASSI 9C2KC2200GR110934, NA RODOVIA BR 230, ALTURA DA CIDADE DE SANTA RITA/PB, QUANDO FOI FAZER UMA CURVA O PNEU DE FRENTE DA MOTOCICLETA DERRAPOU, VINDO ESTE NOTIFICANTE A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO, CONFORME CERTIDÃO 0502/2020 ASSINADA PELA MEDICA SONIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de novembro de 2020.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
GUILHERME CRUZ DE ARAUJO  
Notificante

Procedimento Policial: 06607.01.2020.1.00.401

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - Profissão: 7 - Endereço: 8 - Número: 9 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 13 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (337) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 009 CONTA: 56814 3

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- Não 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automáticas, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: 30 - Vítima deixou residuo (ou nome)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 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 - Imprescindível digitalizar a vítima ou beneficiário (se aplicável) 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rog) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rog) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rog)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura do testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 17/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000056814-3

---

Nr. da Autenticação 198619734817E965





## CERTIDÃO

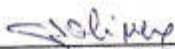
Nº. 0502/2020

Atendendo solicitação de **GUILHERME CRUZ DE ARAUJO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de ficha nº 328881 que foi atendido dia 14/07/2020 às 13H44min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço, punho, joelho, perna e dedos da mão esquerda.

Submetido a avaliação médica exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Tratamento conservador com imobilização.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de setembro de 2020

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959

Digitalizada com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236



*Guilherme Cruz de Araújo*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MOEDA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.501.873  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 25/04/2017

NOME

GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

FILIAÇÃO

GILBERTO FRANCO DE ARAUJO  
MARIA DAS NEVES CRUZ DE ARAUJO

NATURALIDADE

SERRA REDONDA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
21/06/2001

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº7179 - LIV.A-7 - FLS.277 - CARTORIO SERRA  
REDONDA PB

CPF

712.703.514-86

João Pessoa - PB

*Handwritten signature*  
MARCUS A. B. LACERDA, DIRETOR

Chefe do Núcleo de  
Dados Estatísticos DE 29/08/83

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200397391 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME CRUZ DE ARAUJO **Data do acidente:** 14/07/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 12/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P2)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 tornozelo | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                        |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315548/20

**Vítima:** GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

**CPF:** 712.703.514-86

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 14/07/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**GUILHERME CRUZ DE ARAUJO : 712.703.514-86**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2020  
Nome: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO  
CPF: 712.703.514-86

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

MARCELA DO CARMO DE LIMA