



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WSOL.21.00165252-5** em **20/01/2021 10:29:56**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Solonópole
Processo : 0051049-24.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.21.00165252-5
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 20/01/2021 10:29:56

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2777647_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Documentação : 2777647_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-28.pdf
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016_LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273187

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MIKAEL PINHEIRO 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 0000021026-9

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



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200273187 Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/07/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063 696 543-02	JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO	063 696 543-02	
Profissão:	Endereço:	Número:
EMPRESARIO	DISTRITO ASSUNÇÃO	23
Bairro:	Cidade:	Estado:
DISTRITO ASSUNÇÃO	SOLO NO POLE	CEARA
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	63620-000	(88) 99719 4143

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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.

Local e Data: SOLO NOPOLE-CE, 20 de JULHO de 2020

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

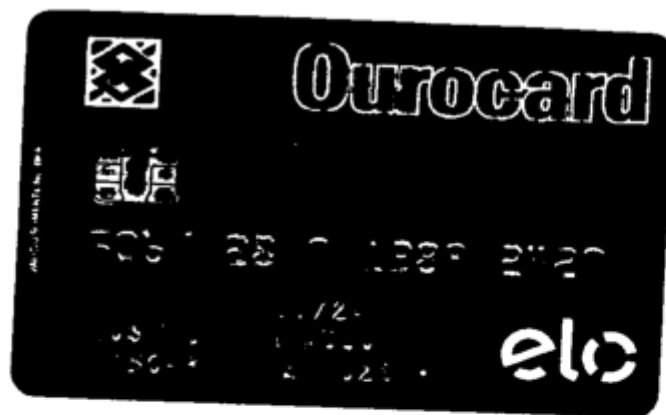
Jose Mikael Pinheiro de Araujo (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLÉ
Impresso nº 2020423213



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 320 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2020 16:03:56**
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2020 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD ESTRADA DE ASSUNÇÃO NOVA CEP: 63.620-000, ZONA RURAL - ASSUNCAO SOLONOPOLÉ/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**
Nascimento: **21/02/1997** CPF: **063.696.543-02**
RG: **20079838353** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA JUCELITA PINHEIRO DE ARAUJO**
MARTINHO JOSE DE ARAUJO
Endereço: **RUA ASSUNÇÃO, 23**
Bairro: **DISTRITO DE ASSUNÇÃO** CEP: **63.620-000**
Município: **SOLONOPOLÉ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99729-6370**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORN5365** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLÉ** Chassi: **9C2JC4120ER000721** Renavam: **580547477** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A Pessoa acima qualificada compareceu em Cartório nesta Delegacia Municipal, onde após ser cientificado do teor dos Artigos 340 e 342 do CPB, comunicou QUE: na data, horário e local acima referidos, vinha pilotando a referida moto acima em uma estrada carroçal; QUE o declarante ao se aproximar para entrar no asfalto vinha um carros; QUE o declarante apertou o freio da frente e acabou caindo; QUE o declarante fraturou o punho esquerdo; QUE o declarante é habilitado na categoria AB; QUE veio registra a ocorrência para fins de DPVAT; E nada da mais disse dando-se por encerrada este BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLÉ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

REGIS CARLOS VIEIRA DO NASCIMENTO - MAT.: 30118553

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Mikael Pinheiro de Araujo

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063 696 543-02	JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO	063 696 543-02	
Profissão:	Endereço:	Número:
EMPRESARIO	DISTRITO ASSUNÇÃO	23
Bairro:	Cidade:	Estado:
DISTRITO ASSUNÇÃO	SOLO NO POLE	CEARA
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	63620-000	(88) 99719 4143

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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.

Local e Data: SOLO NOPOLE-CE, 20 de JULHO de 2020

Nome: _____

CPF: _____

Jose Mikael Pinheiro de Araujo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000000021026-9

Nr. da Autenticação 84127E98EDA59DAC

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

NºCAD/SUS: 7085013 23288479	DATA: 04.04.2020	Leito de Observação:
Médico Plantonista: Dr. Colnir	Enfermeira Plantonista: Douglas	
Pressão Arterial: 110x60	Temperatura:	
Hora: 18:10	Peso:	

IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Mikael Pinheiro de Araújo
Endereço:
Sexo: (X) MASC () FEM Data Nascimento: 21/02/1997 Idade: 23 Estado Civil: Solteiro
Profissão: Empregado Naturalidade: Solonópole

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal: Tive um pulso fraco e por isso
História da doença atual: se muito

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgów.

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Esponaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgów.

Exame Físico:

Observação: 4. 18:15
auscultação 1. 18:15
e Rx do pulmão - P.A. e P.P.
B.T. 12 18

Impressão Diagnóstica:

[illegible]

1 - Registro ANS 31.714-4		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento do RN							
10 - Nome José Mikael Pinheiro de Araújo				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante José Queiroz Lima Neto		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número no Conselho 11451		17 - UF		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado				21 - Data sugerida para internação					
22 - Caráter do Atendimento U		23 - Tipo de Internação H		24 - Regime de Internação C		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2		26 - Provisão de uso do OPME		27 - Provisão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Paciente sofreu trauma em punho apresentando dor, edema e deformidade local associada a parestesia em dedos da mão. Ao exame radiográfico, apresenta fratura da região distal do rádio com desvio dorsal e cominuição dorsal associada a perda da altura e do desvio ulnar do rádio normal o que indica instabilidade ligamentar e necessidade de fixação cirúrgica da fratura com reparo ligamentar e descompressão do nervo mediano.											
29 - CID 10 Principal		30 - CID 10 (2)		31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos Solicitados											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde Solic		38 - Qtde Aut	
01		3072009-5		Fratura e/ou luxações do punho							
02		3073705-2		Reconstrução, retencionamento de cartilagem triangular							
03		3140336-0		Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas							
04		3073202-6		Enxerto ósseo							
05											
06											
07				OPME:							
08				Placa volar bloqueada de rádio distal +10 parafusos corticais/bloqueados							
09				(Richards)							
10				Fio de K 1.5mm x2							
11											
12											
Dados da Autorização											
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo de Acomodação Autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado				44 - Código CNES					
45 - Observação / Justificativa Hospital São Carlos											
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante José Queiroz Lima Neto CRM 11451				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

[illegible]

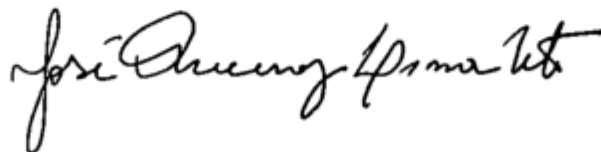
Para: José Mikael Pinheiro de Araújo

Ao auditor,

Com relação ao pedido da eletroneuromiografia para comprovação da compressão do nervo mediano:

O paciente sofreu o trauma há cerca de 24h e iniciou o quadro de dor e parestesia logo após o trauma. O exame de eletroneuromiografia é limitado, pois apresenta sensibilidade muito baixa nas primeiras semanas de trauma.

Na maioria dos casos, o exame só demonstraria alterações cerca de 3 semanas após a lesão inicial. Caso fosse necessário aguardar este período para a realizar a correção cirúrgica da fratura e da compressão do nervo, isso poderia levar a sequela funcional ao paciente.



06/07/2020

José Queiroz Lima Neto
CRM 11.451

Clínica Qorpo
Av. Sen. Virgílio Távora, 195 – Fortaleza: (85) 3033 3550

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO encontra-se em acompanhamento ambulatorial pós-cirúrgico de síntese interna de fratura do rádio distal com placa volar a esquerda e apresenta no momento arco de movimento completo em punho e antebraço, cicatriz em face volar do punho com cerca de 2 cm e presença de placa volar em radiografia.

[552.6][CID10] Fratura da extremidade distal do rádio

José Queiroz Lima Neto
Ortopedia e Traumatologia - RQE 6917
Cirurgia da Mão e Microcirurgia - RQE 6978
CRM - CE 11.451

José Queiroz Lima Neto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
josequeirozln@gmail.com
CRM-CE. 11.451

09/09/2020

CLÍNICA QORPO

Av. Virgílio Távora, 195 // B. Meireles Fortaleza - Ceará - Brasil
Fone: (85) 3048 2800

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO			
DOCTESTADOR / CREG.EMISSOR SP 20079838353		SSP CE	
CPF 063.696.543-02		DATA NASCIMENTO 21/02/1997	
RELAÇÃO MARTINHO JOSE DE ARAUJO FRANCISCA JUCILITA PINHEIRO DE ARAUJO			
NÚMERO 05408418193		VALIDEZ 16/04/2020	
ACB AD		CALHAIA AD	
1ª EMISSÃO 07/07/2015		2ª EMISSÃO 26/07/2016	
ASSINATURA DO DETENTOR 			
ASSINATURA DO EMISSOR 			
ASSINATURA DO DETENTOR 			
ASSINATURA DO EMISSOR 			
ASSINATURA DO DETENTOR 			
ASSINATURA DO EMISSOR 			

REPUBLICA DE GUATEMALA MINISTERIO DE INTERIORES SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACION IDENTIFICACION NACIONAL	
JOSE MIGUEL FERRER DE ARAUJO	
	DOCUMENTO, CATEGORIA 02 20075032328 063-686-543-02 21/02/1997
NOMBRE: MARTINEZ JOSE DE ARAUJO PRIMER NOMBRE: FRANCISCA JACQUELINE PRIMER NOMBRE: FERRER DE ARAUJO	
FECHA DE EMISION: 10/05/2016	FECHA DE VENCIMIENTO: 07/07/2016
VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL 1289768087	
FECHA DE EMISION: 26/07/2016 FECHA DE VENCIMIENTO: 26/07/2016 1289768087	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200273187 **Cidade:** Assunção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01 E 03.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

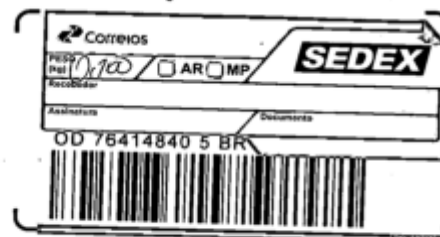


Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



24/07/20



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ 20011-904			
CEP	CIDADE	UF / State	PAÍS / Country
00000-00			

ATENDIMENTO





**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

dpvat_oficial DPVAToficial DPVAToficial seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		(88) 97296370	
ENDEREÇO / Address			
DISTRITO ASSUNÇÃO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
13620-000	SOLOMONÓPOLE	CE	BRASIL



RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALLECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / 2ª / / 3ª / /		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reintegrated to service post)		
Data / / Responsável		



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO
Data do Acidente: 04/04/2020 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: 063.696.543-02

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVIS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 063.696.543-02
E-mail: _____ Tel.: () _____
Data: 20/04/2020 Assinatura: Jose Mikael Pinheiro de Araujo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CECILIOS
Atendente: JOSEIVANDO H. DE ALMEIDA Matrícula: 6.581.333-2
Data: 20/04/2020 Assinatura: [Assinatura]



Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



23/09



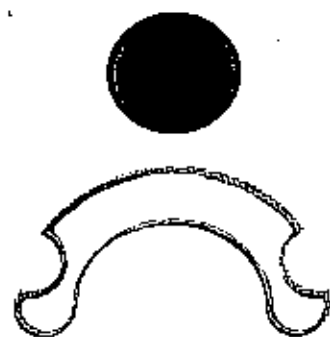
Correios		SEDEX	
PESO (kg)	0,053	AR	MP
Recebedor			
Assinatura		Utilizado	
OD 89406336 6 BR			

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ 20011-904			
ENDEREÇO / Address			
CEP / Zip	-	CIDADE / City	UF / State
		PAÍS / Country	

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / <i>Sender</i>		TELEFONE / <i>Phone Number</i>	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO			
ENDEREÇO / <i>Address</i>			
DISTRITO ASSUNÇÃO			
CEP / <i>Zip</i>	CIDADE / <i>City</i>	UF / <i>State</i>	PAIS / <i>Country</i>
63620-000	SOLONOPOLE	CE	BRASIL



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Material reciclável

PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (52) 3204-2500

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)
☐ AUSENTE (Absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às	
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)	
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)	
Data / / Responsável	

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOSE MICKEL PINHEIRO DE ARAUJO
Data do Acidente: 01/07/2020 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 063696543-02

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOSE MICKEL PINHEIRO DE ARAUJO

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador:

E-mail: Tel: ()

Data: 15/07/2020 Assinatura: Jose Mickel Pinheiro de Araujo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CORREIOS

Atendente: DIOCIANO H. DE ALMEIDA Matrícula: 8181213-2

Data: 15/08/2020 Assinatura: [Assinatura] 8181213-2

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200273187Data da solicitação: 15/09/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJOCPF do beneficiário: 063696543-02Nome do solicitante: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJOCPF do solicitante: 063696543-02

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 997194143

DDD

Tel. Comercial: ()

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros: _____

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DO VALOR PAGO A TÍTULO DE INDENIZAÇÃO DO MEU PROCESSO ADMINISTRATIVO DE DPVAT, TENDO EM VISTA QUE TIVE UMA FRATURA GRAVE NO PUNHO ESQUERDO, E TIVE QUE TER AUXÍLIO DE OUTRAS PESSOAS E ATÉ HOJE FAÇO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PÓS-CIRÚRGICO.

SOLONÓPOLE-CE, 15 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

Jose Mikael Pinheiro de Araujo

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).

Buscar no site

A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS

SALA DE
IMPRESSÃO

TRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o parecer final que é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200273187 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 06369654302

Posição em 15-09-2020 10:13:56

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

10/08/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/08/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tj5eXeQXH4XX0xyQtTaL2apl_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Ou3li9ih59gwPn0MwD1mcCk=)
05/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZXHUSsAzvSqj h 9q00xaA==apl_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Ou3li9ih59gwPn0MwD1mcCk=)

Chat

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214517/20

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF: 063.696.543-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/07/2020

Titular do CPF: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO : 063.696.543-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/07/2020
Nome: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO
CPF: 063.696.543-02

JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco