

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2017

Carta nº: 11017636

A/C: ETIANE DA SILVA FERREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170268822 ASL-0185643/17**  
**Vítima: ETIANE DA SILVA FERREIRA**  
**Data Acidente: 13/03/2017**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador: ESLY MATHEWS MARIANO DA SILVA**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11463210

A/C: ETIANE DA SILVA FERREIRA

Sinistro: 3170268822 ASL-0185643/17  
Vítima: ETIANE DA SILVA FERREIRA  
Data Acidente: 13/03/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ESLY MATHEWS MARIANO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ETIANE DA SILVA FERREIRA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **341**

Agência: **000008749**

Conta: **0000003286-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ETIANE DA SILVA FERREIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6530342

EXPEDIDO POR SMS - PE

EM 23/05/16

CPF 062004814-07 / CNPJ 000000000-00000-00

E RENDA MENSAL DE R\$ S/R (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ETIANE DA SILVA FERREIRA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas **não pertencentes à vítima/beneficiários**.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8749 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 03286-1/500

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

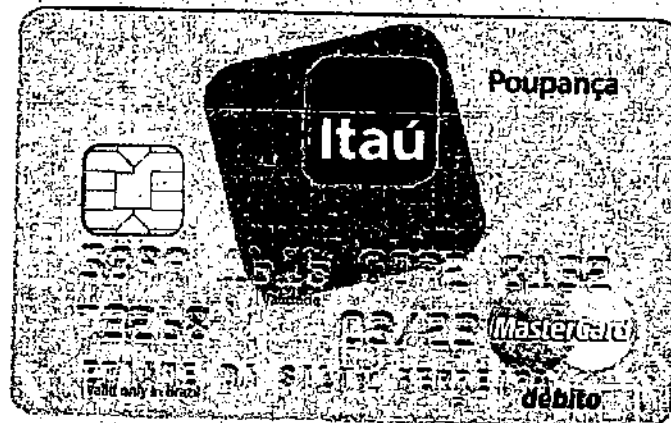
Palmares-PE, 12 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

Etiane da Silva Ferreira  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

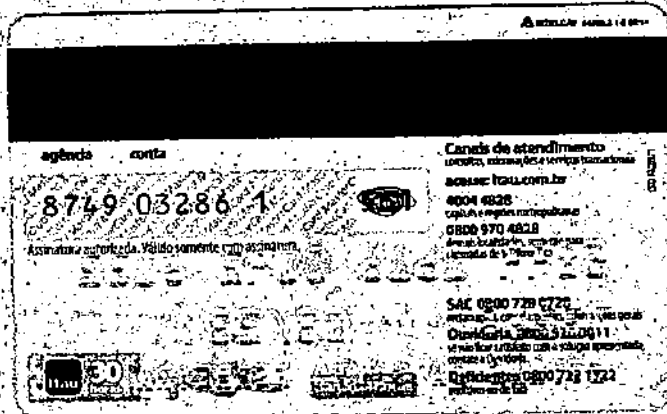
**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CIP

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
15 MAI 2011  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gratias - Recife - PE



→ ETIANE FERREIRA



Banco Itaú S/A

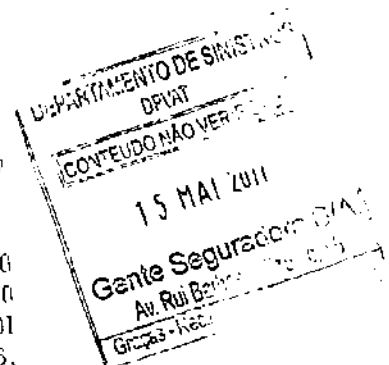
PROTOCOLO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO  
BANCO 341 CTR 000061 12/04/2017 15:22.34

AGENCIA: 8749 CONTA POUPANCA: 03280-17500  
R\$ 400,00

ETIANE FERREIRA  
CAIXA ELETRONICO 49119/8749-PAMARE

DEPOSITOS REALIZADOS APÓS O HORARIO DE  
EXPEDIENTE BANCARIO ESTAO SUJEITOS A  
EFETIVAÇÃO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA  
UTIL. DEPOSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,  
DOMINGOS E FERIADOS SAO EFETIVADOS NO DECORRER  
DO PROXIMO DIA UTIL.

SE HOUVER DIFERENÇA NO ENVELOPE SERA LANÇADO  
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NAO SERA ABERTO  
E PERMANECERA POR 60 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI  
DEPOSITADO, PARA COMPROVAÇÃO. NESTES CASOS,  
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO  
CLIENTE SERA CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.



**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**

Nome do(a) Examinado(a): Etiane da Silva Ferreira  
Endereço do(a) Examinado(a): R Zenobio da Cunha Melo, 145  
Sto Antonio Palmares PE CEP: 55540-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 6530342  
Data local do exame: [ 04/08/2017 ] Palmares [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**  
**CICATRIZ HIPERTROFICA EXTENSA EM FACE DORSAL DE MSE, SEM LIMITAÇÕES DE ADM**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**CICATRIZ HIPERTROFICA EXTENSA EM FACE DORSAL DE MSE, SEM LIMITAÇÕES DE ADM.**  
Data da alta: 03/04/2017  
**SUTURA DE PELE.**  
**NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA**  
**Complicações: CICATRIZ HIPERTROFICA EXTENSA EM FACE DORSAL DE MSE, SEM LIMITAÇÕES DE ADM**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
(X) Sim ( ) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.  
**CICATRIZ HIPERTROFICA EXTENSA EM FACE DORSAL DE MSE, SEM LIMITAÇÕES DE ADM**  
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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" ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*  
( ) "Exame não permite conclusão"  
*Vide motivo do impedimento no campo das observações*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):                      | Região Corporal (Sequela):                      |
| <b>MEMBRO SUPERIOR - Esquerdo</b>               |   |
| % do dano: (X) 10% residual ( ) 25% leve        | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):                      | Região Corporal (Sequela):                      |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170268822 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ETIANE DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 13/03/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** CICATRIZ HIPERTRÓFICA EXTENSA EM FACE DORSAL DE MSE, SEM LIMITAÇÕES DE ADM.

**Resultados terapêuticos:** FOI REALIZADA SUTURA DE PELE.  
NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO MSE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Philipe Xavier do Sacramento Camara

**CRM do médico:** 20724

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

## PRESTADOR

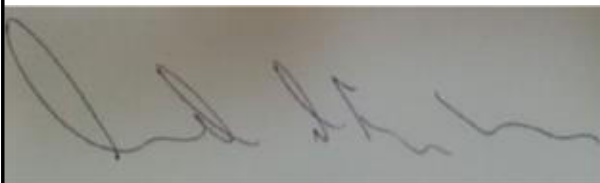
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170268822 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ETIANE DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 13/03/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 28/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Trauma em membro superior esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

