
Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta nº: 11486621

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170439899 ASL-0305228/17

Vitima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Data Acidente: 25/07/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

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, 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, 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11601509

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro: 3170439899 ASL-0305228/17
Vitima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Data Acidente: 25/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

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: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000164036-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, Pedro Neto Souza dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.094.729 EXPEDIDO POR SSAS - PB EM 13/09/2012 E

CPF 115815754-16 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ Ricardo (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pedro Neto Souza dos Santos, 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, estabelece que é vedado ao segurado constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T1%



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 Lotéricas 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 no site da RECEITA FEDERAL 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00364036-0

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

Santa Teresinha PB, 31 de Julho

LOCAL E DATA

Pedro Neto Souza dos Santos

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 Cidade: Santa Teresinha Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS Data do acidente: 25/07/2015 Seguradora: AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE com hematoma subdural submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer 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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 Cidade: Santa Teresinha Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS Data do acidente: 25/07/2015 Seguradora: AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame APRESENTAVA AMNÉSIA RETROGRADA, CEFALEIA CRÔNICA, LETARGIA MODERADA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS
médico pericial: MODERADAS, NÃO APRESENTA COBERTURA ÓSSEA EM TODA FACE LATERAL DO CRANIO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: ATENDIDO NO DIA 25/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO, O MESMO FOI RESGATADO PELO SAMU E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AFUNDAMENTO DE CRANIO COM PERDA DE MASSA CEFÁLICA. PERMANECEU POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PERMANECEU POR MAIS 8 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/11/2017

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 26/08/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT LEVE EM RELAÇÃO AS SEQUELAS NEUROLÓGICAS. DE ACORDO COM NOVO EXAME FÍSICO DESCrito, VÍTIMA COM AGRAVAMENTOS, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Oteло Corrêa dos Santos Filho".

**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): **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS** Sinistro: **3170439899** Data: **25/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO URTIGA DE BAIXO, S/N - AREA RURAL - Santa Teresinha - PB - CEP 58720-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4094729**

Data local do exame: [**24/11/2017**] **Patos** [**PB**]

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)
TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL. APRESENTAVA AMNÉSIA RETROGRADA, CEFALÉIA CRÔNICA, LETARGIA MODERADA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, NÃO APRESENTA COBERTURA ÓSSEA EM TODA FACE LATERAL DO CRANIO À ESQUERDA.

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.

PACIENTE ATENDIDO NO DIA 25/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO, O MESMO FOI RESGATADO PELO SAMU E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AFUNDAMENTO DE CRANIO COM PERDA DE MASSA CEFÁLICA. PERMANECEU POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PERMANECEU POR MAIS 8 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

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.

Dano neurológico

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"

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)

() "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):

Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

% 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):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 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.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 26/08/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT LEVE EM RELAÇÃO AS SEQUELAS NEUROLÓGICAS. DE ACORDO COM NOVO EXAME FÍSICO DESCrito, VÍTIMA COM AGRAVAMENTOS, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB