



---

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2016

Carta nº: 10036430

A/C: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

**Sinistro:** 3160661200 ASL-1136792/16  
**Vítima:** FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA  
**Data Acidente:** 03/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LIDIANE SOUSA DE OLIVEIRA FERNANDES

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

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

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2016

Carta nº: 9994009

A/C: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

**Sinistro:** 3160661200 ASL-1136792/16  
**Vitima:** FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA  
**Data Acidente:** 03/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LIDIANE SOUSA DE OLIVEIRA FERNANDES

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10119637

A/C: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3160661200 ASL-1136792/16  
Vítima: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA  
Data Acidente: 03/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: LIDIANE SOUSA DE OLIVEIRA FERNANDES

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: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 000000011314-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160661200 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DESALINHADA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA. FRATURA FECHADA DESALINHADA NO OLÉCRANO, COM ACOMETIMENTO DA SUPERFÍCIE ARTICULAR DO COTOVELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NO COTOVELO E OMBRO ESQUERDOS E REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO BRAÇO E DA FORÇA MUSCULAR PARA ELEVAR CARGA. CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO POSTERIOR DO COTOVELO ESQUERDO DE CERCA DE 10 CM E NA FACE SUPERIOR DO OMBRO ESQUERDO DE 8 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO, BRAÇO E ANTEBRAÇO À ESQUERDA. ELEVAÇÃO EVIDENTE DA CINTURA ESCAPULAR ESQUERDA. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 90°, EXTENSÃO DE 30°, ADUÇÃO DE 30°, ABDUÇÃO DE 90°, ROTAÇÃO INTERNA DE 70° E EXTERNA DE 50°. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO DE 30°-125°. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO COM OSTEOSSÍNTESE DA ULNA PROXIMAL COM CERCLAGEM E PINOS. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, APÓS 27 DIAS DO SINISTRO COM OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA E FIOS METÁLICOS, JÁ REMOVIDOS. TRANSFERÊNCIA MUSCULAR E ENXERTO ÓSSEO AO NÍVEL DO OMBRO. EXISTE RELATO DE LESÃO DE NERVO ASSOCIADA A LESÃO ÓSSEA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 6 MESES (SIC).

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/11/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** A VÍTIMA NÃO PORTAVA RX DAS FRATURAS DESCRITAS ACIMA.

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

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

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

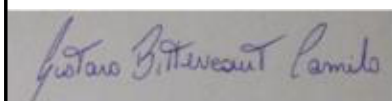
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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): **FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA** Sinistro: **3160661200** Data: **03/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DAS ERICAS, 192 - JAPECANGA - Macaíba - RN - CEP 59280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **1.952.592**

Data local do exame: [ **22/11/2016** ] **Natal** [ **RN** ]

**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)  
**FRATURA FECHADA DESALINHADA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA. FRATURA FECHADA DESALINHADA NO OLÉCRANO, COM ACOMETIMENTO DA SUPERFÍCIE ARTICULAR DO COTOVELO ESQUERDO. A VÍTIMA REFERE DOR NO COTOVELO E OMBRO ESQUERDOS E REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO BRAÇO E DA FORÇA MUSCULAR PARA ELEVAR CARGA. CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO POSTERIOR DO COTOVELO ESQUERDO DE CERCA DE 10 CM E NA FACE SUPERIOR DO OMBRO ESQUERDO DE 8 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO, BRAÇO E ANTEBRAÇO À ESQUERDA. ELEVAÇÃO EVIDENTE DA CINTURA ESCAPULAR ESQUERDA. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 90º, EXTENSÃO DE 30º, ADUÇÃO DE 30º, ABDUÇÃO DE 90º, ROTAÇÃO INTERNA DE 70º E EXTERNA DE 50º. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO DE 30º-125º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.**

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.  
**A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO COM OSTEOSÍNTESE DA ULNA PROXIMAL COM CERCLAGEM E PINOS. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, APÓS 27 DIAS DO SINISTRO COM OSTEOSÍNTESE COM ÂNCORA E FIOS METÁLICOS, JÁ REMOVIDOS. TRANSFERÊNCIA MUSCULAR E ENXERTO ÓSSEO AO NÍVEL DO OMBRO. EXISTE RELATO DE LESÃO DE NERVO ASSOCIADA A LESÃO ÓSSEA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 6 MESES (SIC).**

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.

**Limitação funcional do membro superior esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção 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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro superior esquerdo**

% 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.

**A VÍTIMA NÃO PORTAVA RX DAS FRATURAS DESCRITAS ACIMA.**

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

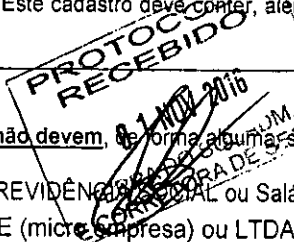
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Francisco Wellington Fernandes da Silva  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 495.2592 EXPEDIDO POR SSP EM 20.12.2011 E CPF

01042983402 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECUSOU  
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO /  
 REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Wellington Fernandes da Silva, 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2008 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 83344-7

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

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

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 COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 \*T1%\*



27 de Outubro

LOCAL E DATA

de 2016

Francisco Wellington Fernandes da Silva

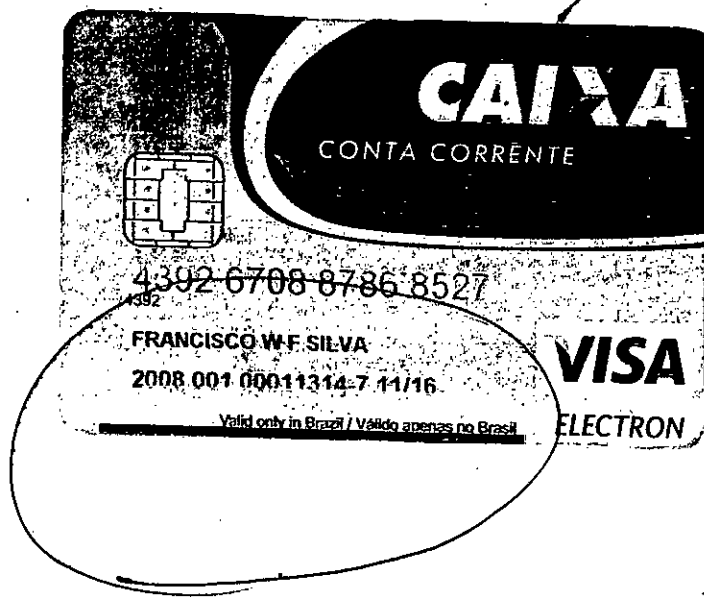
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## 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.





PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
01 NOV 2016  
TERRA DO SUL SEM.  
E CORRETORA DE SEC.