

---

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11189803

A/C: FRANCISCO DE LIMA ASSIS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170330614 ASL-0224866/17

**Vitima:** FRANCISCO DE LIMA ASSIS

**Data Acidente:** 10/03/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSIVAN PINTO BARROS

**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:

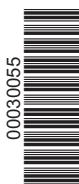
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 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, 29 de Julho de 2017

Carta n°: 11390590

A/C: FRANCISCO DE LIMA ASSIS

Sinistro: 3170330614 ASL-0224866/17  
Vitima: FRANCISCO DE LIMA ASSIS  
Data Acidente: 10/03/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOSIVAN PINTO BARROS

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 DE LIMA ASSIS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000003469-X

Conta: 0000034494-X

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 inferiores 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



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 de Lima Assis

POR PORTADORA(A) DO RG N° 94024013780 EXPEDIDO POR SSP - leara EM 07/04/06 E CPF 75533663304 /CNPJ 11000000000000000000, PROFISSÃO Entregador E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco de Lima Assis, 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 Lotáticas 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 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3469-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34.494-0

**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) \_\_\_\_\_

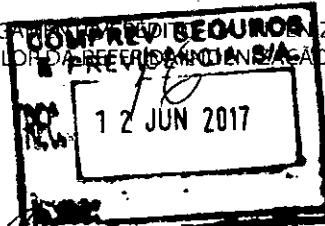
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.

Fortaleza 09 de junho

LOCAL E DATA

de 2017 x Francisco de Lima Assis

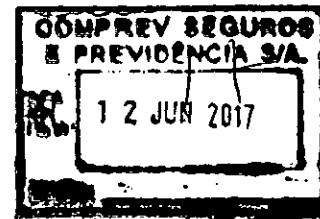
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



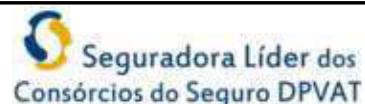
## ! ATENÇÃO

- 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\$ 2.730,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.ccrn.br](http://www.dpvatsegurodotransito.ccrn.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

23/03/2017 - BANCO DO BRASIL - 14:15:49  
160501605 SEGUNDA VIA 0007  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE  
CLIENTE: JOSIVAN PINTO BARROS  
AGENCIA: 1605-5 CONTA: 98.214-8  
=====  
DATA DA TRANSFERENCIA 23/03/2017  
NR. DOCUMENTO 603.469.000.034.494  
VALOR TOTAL 0,01  
\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: FRANCISCO DE LIMA ASSIS  
AGENCIA: 3469-X CONTA: 34.494-X  
NR. DOCUMENTO 601.605.000.098.214  
=====  
NR.AUTENTICACAO D.BC3.A6F.2C4.C6E.189



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170330614      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE LIMA ASSIS      **Data do acidente:** 10/03/2017      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura luxacao de plato tibial direito

**Descrição do exame** bloqueio articular de joelho direito, acarretando perda da amplitude do movimento do membro inferior direito  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura e complementado com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Incapacidade funcional moderada de membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Greive Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARIO PEREZ GIMENEZ

**CRM do médico:** 45442

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO DE LIMA ASSIS**

**Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pescador Francisco Simão, 93 - 93 -  
Fortaleza/CE - CEP 60332-330**

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 94024013780 - SSP -  
20/07/2017**

**Data e Local do Exame : 21/08/2017 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,  
1280 - FORTALEZA/CE**

**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)**

Diagnóstico:

FX DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Exame Físico:

BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXÃO DO JOELHO, CREPITAÇÃO, AUMENTO DE VOLUME, CLAUDICAÇÃO, HIPOTROFIA DO QUADRÍCEPS

**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**

**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**

**II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações**

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO FIXADO COM PLACA E PARAFUSOS. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM AGO/2017.

**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.**

**PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR E ALTERAÇÃO DA MARCHA**

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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”

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

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE