



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2015

Carta nº: 7596128

A/C: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

Sinistro: 3150705321
Vitima: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA
Data Acidente: 14/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, 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, 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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2015

Carta nº: 7795465

A/C: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

Sinistro: 3150705321
Vítima: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA
Data Acidente: 14/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000011825-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 indenizatório no banco.

EU, JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 89/1002005774EXPEDIDO POR DETAN/CEEM 24/04/14CPF 069359073-49 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO VEICULARE RENDA MENSAL DE R\$ 1200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO I SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE HUMBERTO GOMES 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 fonte 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 aparecerem 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 (Conta 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 suspenso ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

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.

ARUANA SEGUROS

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) _____

17 AGO 2015

8

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11.825-8

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.

Fort/CE 16 de 07 de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, conforme tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.susep.gov.br

DOCUMENTO 1 T-1%



CPF: _____



AUTO-ATENDIMENTO - ag. parquelandia
DATA: 28/07/2015 HORA: 16:15:32
TERMINAL: 46471004 CONTROLE: 464710040412

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 0031 / IRACEMA
CONTA : 013.00.625.435-8
NOME : REGINA CLAUDIA ALVES DE FREITAS

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 1047 / GOMES DE MATOS
CONTA : 013.00.011.825-8
NOME : JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA
VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 28/07/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



AUTO-ATENDIMENTO - ag. parquelandia
DATA: 28/07/2015 HORA: 16:15:32
TERMINAL: 46471004 CONTROLE: 464710040412

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 0031 / IRACEMA
CONTA : 013.00.625.435-8
NOME : REGINA CLAUDIA ALVES DE FREITAS

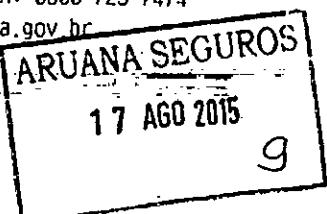
FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 1047 / GOMES DE MATOS
CONTA : 013.00.011.825-8
NOME : JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 28/07/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



**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): Jose Humberto Gomes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Alameda das Rosas, 102
Cidade 2000 Fortaleza CE CEP: 60190-370
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 8911002005774
Data local do exame: [03/09/2015] 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)
FX DO NAVICULAR DIREITO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL, DOR E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.
- 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.
QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
- 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.
DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO, PELA DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO.
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):
Pé - Lado Direito
% 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.

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


SaúdeSEG Andre de Oliveira Lasi
CRM 16506

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150705321

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

Data do acidente: 14/05/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FX DO NAVICULAR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL, DOR E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150705321

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

Data do acidente: 14/05/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MAO FRATURA EM PE A DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

