

---

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11631740

A/C: BRUNO LIMA RODRIGUES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170487286 ASL-0344410/17

**Vitima:** BRUNO LIMA RODRIGUES

**Data Acidente:** 27/06/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** ANTONIO FABIO DE 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](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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2017

Carta n°: 11646067

A/C: BRUNO LIMA RODRIGUES

**Sinistro:** 3170487286 ASL-0344410/17  
**Vítima:** BRUNO LIMA RODRIGUES  
**Data Acidente:** 27/06/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta n°: 11708321

A/C: BRUNO LIMA RODRIGUES

**Sinistro:** 3170487286 ASL-0344410/17  
**Vitima:** BRUNO LIMA RODRIGUES  
**Data Acidente:** 27/06/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE 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: BRUNO LIMA RODRIGUES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000727-7**

**Conta: 0000013593-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal:** Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

**Graduação:** Em grau médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 25%) 12,50%

**Valor a indenizar:** 12,50% x 13.500,00 = R\$ **1.687,50**

**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

### Autorização de pagamento

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, Bruno Lima Rodrigues, PORTADOR(A) DO RG Nº 2009098055776 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 03/02/2017, CPF 00376472343 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO agricultor E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Bruno Lima Rodrigues, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 lavação 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 Fundo de Férias;
- 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 (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 preposta (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 da verso do cartão múltiplo com a informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0727-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13593-3



**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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, - Ce, 04 de agosto de 2017  
LOCAL E DATA

Bruno Lima Rodrigues

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: 0800-0221201.



**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - Bradesco Dia-e-Noite  
Transferencia - CC p/ CC

Data 29/08/2017 Hora 14:02 Term 058010  
N. Trans 5845 Banco 237 Agencia 0727  
Conta 0007132-3 Valor

Favorecido:  
Banco 237  
Agencia 0727 / VIBOSA DO CEARA  
Conta 0013593-3

Titular: BRUNO LIMA RODRIGUES

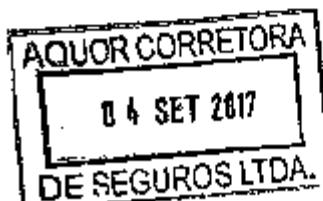
Nome: PAULO RICARDO DE ARAUJO  
Tipo/Conta: 00 Via/Cartao: 02

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talao de cheques em segundos.  
Sem pedir no balcão.  
Sem esperar pelo correio.

Alo Bradesco  
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda à sexta-feira das  
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha uma boa tarde



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170487286      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNO LIMA RODRIGUES      **Data do acidente:** 27/06/2017      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO DIREITO COM EXTENSA LESÃO CUTÂNEA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA EXTENSA CICATRIZ NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO, COM  
**médico pericial:** IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E INSTABILIDADE DESTA ARTICULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSTOU DE DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS NO JOELHO DIREITO E POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. COMPLICOU COM INFECÇÃO SECUNDÁRIA LOCAL, FORMAÇÃO DE ABSCESSO, NECESSITANDO DE DRENAGEM. EVOLUIU COM ARTRITE SÉPTICA. FEZ USO PROLONGADO DE ANTIBIÓTICOS.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Jose Wellington Farias Melo Bezerra de M

**CRM do médico:** 10432

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

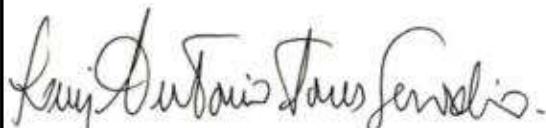
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170487286      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNO LIMA RODRIGUES      **Data do acidente:** 27/06/2017      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 14/09/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO - FERIDA CORTO CONTUSA - TRATAMENTO CONSERVADOR (SUTURA E MEDICAÇÃO)

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (quantificou) possível (eis) sequela (s) através dos documentos anexados

**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

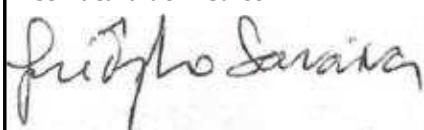
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170487286      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNO LIMA RODRIGUES      **Data do acidente:** 27/06/2017      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO DIREITO COM EXTENSA LESÃO CUTÂNEA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA EXTENSA CICATRIZ NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO, COM  
**médico pericial:** IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E INSTABILIDADE DESTA ARTICULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSTOU DE DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS NO JOELHO DIREITO E POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. COMPLICOU COM INFECÇÃO SECUNDÁRIA LOCAL, FORMAÇÃO DE ABSCESSO, NECESSITANDO DE DRENAGEM. EVOLUIU COM ARTRITE SÉPTICA. FEZ USO PROLONGADO DE ANTIBIÓTICOS.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Jose Wellington Farias Melo Bezerra de M

**CRM do médico:** 10432

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

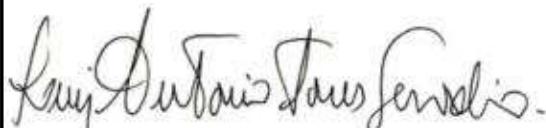
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**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): **BRUNO LIMA RODRIGUES** Sinistro: **3170487286** Data: **27/06/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST JAGUARIBE, 01, JAGUARIBE - NC - Viçosa do Ceará - CE - CEP 62300-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /CE ] 2009098055776**

Data local do exame: **[ 18/09/2017 ] Guaraciaba do Norte [ 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)  
**TRAUMA NO JOELHO DIREITO COM EXTENSA LESÃO CUTÂNEA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA E PERDA DE SUBSTÂNCIA. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA EXTENSA CICATRIZ NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO, COM IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E INSTABILIDADE DESTA ARTICULAÇÃO.**

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.

**TRATAMENTO CONSTOU DE DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS NO JOELHO DIREITO E POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. COMPLICOU COM INFECÇÃO SECUNDÁRIA LOCAL, FORMAÇÃO DE ABSCESSO, NECESSITANDO DE DRENAGEM. EVOLUIU COM ARTRITE SÉPTICA. FEZ USO PROLONGADO DE ANTIBIÓTICOS.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 joelho direito**

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. 310 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):

**Joelho 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):

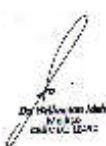
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% 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.



Jose Wellington Farias Melo Bezerra de Menezes - CRM: 10432 - CE