

---

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11109898

A/C: JOSE SERGIO ALVES DE BRITO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170306245 ASL-0213235/17

**Vitima:** HIAGO SILVA DE BRITO

**Data Acidente:** 11/02/2016

**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.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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2017

Carta n°: 11172079

A/C: JOSE SERGIO ALVES DE BRITO

**Sinistro:** 3170306245 ASL-0213235/17  
**Vítima:** HIAGO SILVA DE BRITO  
**Data Acidente:** 11/02/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

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, 04 de Julho de 2017

Carta n°: 11247745

A/C: JOSE SERGIO ALVES DE BRITO

Sinistro: 3170306245 ASL-0213235/17  
Vitima: HIAGO SILVA DE BRITO  
Data Acidente: 11/02/2016  
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 SERGIO ALVES DE BRITO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004913

Conta: 000000006000-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

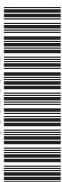
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Atenciosamente,

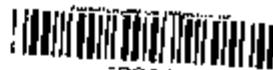
**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Lider - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO

PRO 14\*PRO 14\*PRO 14\*

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, José Sampaio Lopes de Britto,

PORTADOR(A) DO RG Nº 5631428 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 06/10/15 E  
CPF 0128061499842-100 /CNPJ: 00000000000000000000 PROFISSÃO Profissional  
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Thiago Silveira de Britto, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASMO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constar 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresarial) 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 C23 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA 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 revogar-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprovante dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou vencido (é recomendado a consulta no 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 com informação de código de segurança.

SABEMI SEGURADORA SA

02 JUN. 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE ("ODOS OS BANCOS")

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

RECEBIDO

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

Nº do BANCO 1104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05006600-0

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 QUIADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

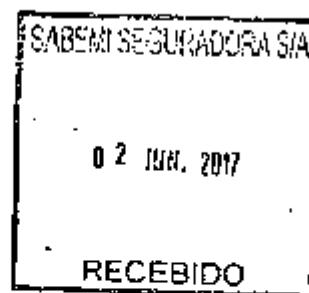
Pedro de Britto 23 de Maio de 2016

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 ac/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 acompanhá-lo o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodepatente.com.br](http://www.dpvatsegurodepatente.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.



**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): Hiago Silva de Brito  
Endereço do(a) Examinado(a): Cj Gasparino Ribeiro, 125  
Pedras de Fogo Pedras de Fogo PB CEP: 58328-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 3377092  
Data local do exame: [ 23/06/2017 ] João Pessoa [ 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)

**FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METATARSO DIREITO.  
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA LEVE 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.

**EVOLUI COM LEVE LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.**

Data da alta: 20/05/2016.

**REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAVAGEM DO FERIMENTO, DESABRIDAMENTE E COLOCAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO.**

**RESULTADO INSATISFATÓRIO.**

**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

- 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.

**APRESENTA LEVE LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ 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. 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"

( ) "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Direito**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 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.

*João Bartolomeu P. Rabelo*

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo

Médico Perito

CRM - PB 4518 CRM PE 14722

SAUDESEG

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170306245      **Cidade:** Pedras de Fogo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HIAGO SILVA DE BRITO      **Data do acidente:** 11/02/2016      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do quinto metatarso direito.

**Descrição do exame** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no pé direito, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora  
**médico pericial:** leve do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico com lavagem do ferimento, desabridamente e colocação de imobilização. Resultado insatisfatório.

Não houve complicações neste caso.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve do pé direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

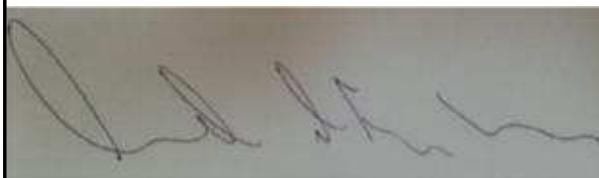
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

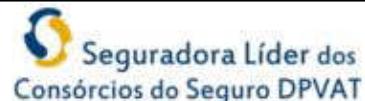
**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3170306245  
Vítima: HIAGO SILVA DE BRITO

Cidade: Pedras de Fogo  
Data do acidente: 11/02/2016

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

Data da análise: 20/06/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PE DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

## 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: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170306245      **Cidade:** Pedras de Fogo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HIAGO SILVA DE BRITO      **Data do acidente:** 11/02/2016      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do quinto metatarso direito.

**Descrição do exame** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no pé direito, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora  
**médico pericial:** leve do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico com lavagem do ferimento, desabridamente e colocação de imobilização. Resultado insatisfatório.

Não houve complicações neste caso.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve do pé direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**