



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2016

Carta nº: 8784630

A/C: JOSE FELIX FILHO

Sinistro: 3160159493
Vitima: JOSE FELIX FILHO
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA

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 inicio 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 Março de 2016

Carta nº: 8865722

A/C: JOSE FELIX FILHO

Sinistro: 3160159493
Vítima: JOSE FELIX FILHO
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA

Ref.: INTERRUPÃŠÄO 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.

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





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2016

Carta nº: 8924438

A/C: JOSE FELIX FILHO

Sinistro: 3160159493 ASL-0116413/16
Vitima: JOSE FELIX FILHO
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA

Ref.: NEGATIVA TÂCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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



**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 Felix Filho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Mozart Estigarriga Menescal, 1605
Santa Delmira Mossoró RN CEP: 59600-010
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / RN] 001018679
Data local do exame: [22/03/2016] Mossoró [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)

**TORNOZOLO E (ENTORSE)
SEM ALTERAÇÃO NO EXAME FÍSICO**

- 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?

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?

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.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, RX SEM FRATURA, TRATAMENTO CONSERVADOR

Data da alta: ALTA APÓS 20 DIAS

TALA BOTA POR 20 DIAS

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

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):

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

Região Corporal (Sequela):

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.

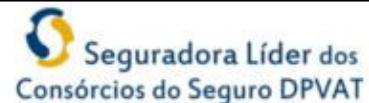
SEM SEQUELAS

Elson Miranda

Dr. Elson Miranda
Ortopedista
CRM/RN 6301 TEOT 13807

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160159493

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FELIX FILHO

Data do acidente: 23/12/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TORNOZELO ESQUERDO (ENTORSE).

Descrição do exame médico pericial: SEM ALTERAÇÃO NO EXAME FÍSICO.

Resultados terapêuticos: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, RX SEM FRATURA, TRATAMENTO CONSERVADOR.
TALA BOTA POR 20 DIAS.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 22/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Elson Jose dos Santos Miranda

CRM do médico: 6301

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

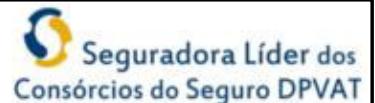
Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160159493 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FELIX FILHO **Data do acidente:** 23/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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, José Felic Felho, PORTADOR(A) DO RG Nº 101 8679 EXPEDIDO POR SSP EM 12/11/199 E CPF 3690162494-06 /CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000, PROFISSÃO MOTORISTA E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Felic Felho, 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.

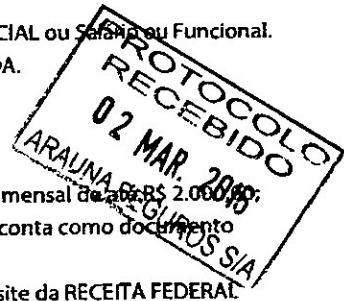
Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- 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 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 inválido 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 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____



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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3064 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00036734-5

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.

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 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



- saa terra do sal
DATA: 11/02/2016 HORA: 07:32:34
TERMINAL: 30641022 CONTROLE: 306410220033

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3064.013.00036734-5
NOME: JOSE FELIX FILHO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00



PROCURAÇÃO

DOCUMENTO 4 *T4%*



OUTORGANTE:

JOSE FELIX FILHO, Brasileiro,
inscrito no CPF/MF 360 167 494-15, residente na
Rua José Illosart Paganiego Menescal N°
1605 Star Olmíro (RN).

OUTORGADO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor **RUBENS JOSÉ DE LUCENA VIANA**, brasileiro, casado, inscrito no **CPF de nº 008.003.114-50**, com endereço na Rua Campos Sales, nº 901, Abolição II – Mossoró/RN, para representa-lo, em qualquer parte do território nacional, junto a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT** e/ou a qualquer outra Seguradora vigente neste país, com a finalidade de requerer a indenização do **SEGURO DPVAT**, podendo requerer e receber documentos pessoais do(a) outorgante ou de seu interesse; representá-lo perante repartições públicas, bem como perante empresas privadas; prestar as declarações necessárias, e tudo mais praticar para o fiel cumprimento do presente mandato, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Mossoró/RN, 03 de Fevereiro de 2016.



João Félix Filho

OUTORGANTE

Edimar Vieira de Almeida
Tabellão
Eldimár de Moura Vieira
Erika de Moura Vieira
Jailson Almeida
Substituto

Carlinho Vieira
1º Ofício de Notas
Rua Cel. Vicente Bezerra, 157 - Centro - Cep: 29000-120
Mossoró - RN - Fone: 042-3317-4500

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
JOSE FÉLIX FILHO
Mossoró/RN, 3 de fev de 2016.

Edimar Vieira de Almeida



PROTOCOLO
RECEBIDO
02 MAR. 2016
ARAUNA SEGUROS S/A