

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2017

Carta nº: 11771872

A/C: CARLOS EDUARDO NASCIMENTO DE SOUSA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170534138 ASL-0383501/17

**Vitima:** CARLOS EDUARDO NASCIMENTO DE SOUSA

**Data Acidente:** 13/05/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

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,



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12127656

A/C: CARLOS EDUARDO NASCIMENTO DE SOUSA

**Nº Sinistro:** 3170625016  
**Vitima:** CARLOS EDUARDO NASCIMENTO DE SOUSA  
**Data do Acidente:** 13/05/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

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: CARLOS EDUARDO NASCIMENTO DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001089

Conta: 0000094104-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	843,75

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

**Graduação:** Em grau leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 25%) 6,25%

**Valor a indenizar:** 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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**

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURO

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, Carlos Eduardo nascimento de souza

PORADOR(A) DO RG Nº 04974346924 EXPEDIDO POR ENT EM 23/08/2008

CPF 01503101374 /CNPJ 00000000000000000000 PROFISSÃO R. euros

E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos E. nascimento de souza 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](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.

RECEBEMOS

02 OUT 2017

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 informações e código de segurança.

**Maria Gecineide F. Nobre**  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

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) 1089 013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 94104-2

CLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOLU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

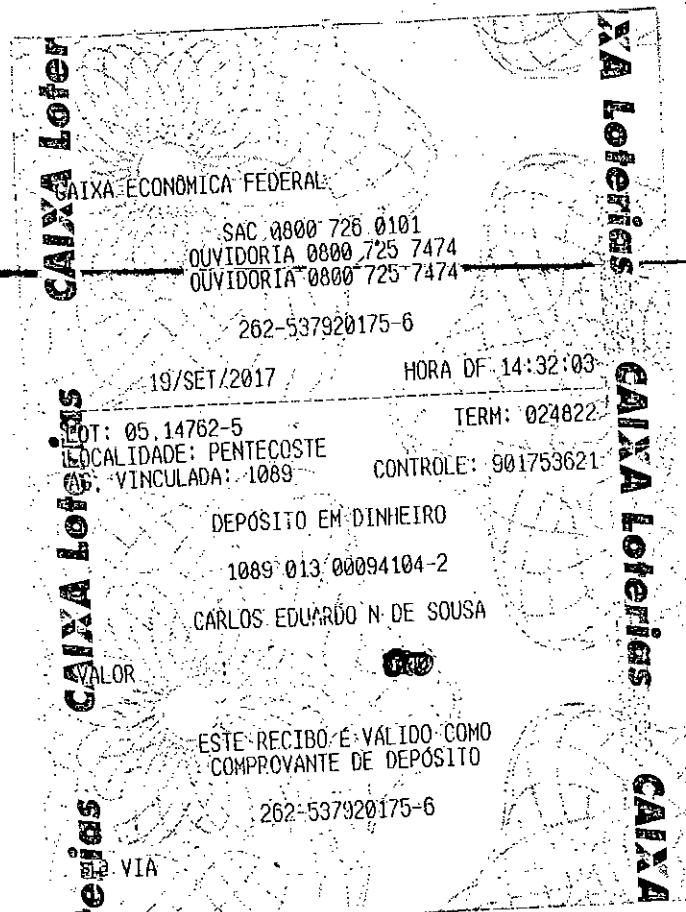
Pentecostes 25 de 09

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 à 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 0800-0221204.



RECEBEMOS

02 OUT 2017

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
NPJ:21.487.736/0001-06

**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): Carlos Eduardo Nascimento de Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Oliveira Lima, 112  
Sao Francisco Pentecoste CE CEP: 62640-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / CE ] 005991

Data local do exame: [ 11/12/2017 ] 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 MALÉOLO LATERAL DIREITO**

**EDEMA RESIDUAL ++/4+, BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO**

- 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.

**VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO TORNOZELO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SÉM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO**

Data da alta: 07/11/17

**IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 16 DIAS. APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO**

**Complicações: SEM**

- 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 LEVE DA MOBILIDADE DO TORNOZELO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR**

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):

**TORNOZELO - 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

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.



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



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
CPF - 558.900.833-68  
CRM/CE - 9050

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170625016      **Cidade:** Pentecoste      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO NASCIMENTO DE SOUSA      **Data do acidente:** 13/05/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Descrição do exame** EDEMA RESIDUAL ++/4+, BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS  
**médico pericial:** MOVIMENTOS DO TORNOZELO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO NASCIMENTO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01089

CONTA: 00000094104-2

---

Nr. da Autenticação AB2089E302C66FFC