

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Carta nº: 12689312

A/C: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3170631762  
Vítima: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA  
Data do Acidente: 07/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE DE MEDEIROS PAIVA

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: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000000295-0

Conta: 000001001103-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%  
Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

Sinistro: 3170631762  
Vítima: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA  
Data do Acidente: 07/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE DE MEDEIROS PAIVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170631762** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3170631762

Vitima: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

Data do Acidente: 07/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MEDEIROS PAIVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170631762**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170631762 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX COM FRATURA DO 5º AO 8º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO RESIDUAL/LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TRONCO E DA INSPIRAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR NO TÓRAX. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS, PORÉM COM PREJUÍZO DA MOBILIDADE DO TRONCO SEM COMPLICAÇÕES

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REFERE LESÃO NOS OMBROS, MAS NÃO APRESENTA DOC.

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3170631762**

Vitima: **ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA**

Data do Acidente: **07/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE DE MEDEIROS PAIVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170631762**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12048647



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA  
Nº Sinistro: 3170631762  
Vitima: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA  
Data do Acidente: 07/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE DE MEDEIROS PAIVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170631762**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA**

Sinistro: **3170631762**  
Vítima: **ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA**  
Data do Acidente: **07/04/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE DE MEDEIROS PAIVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170631762** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA</b>		CPF titular da conta <b>79232840300</b>	Profissão <b>MECANICO</b>
Endereço <b>RD BR 222</b>		Número <b>34</b>	Complemento <b>TERRA FIRME</b>
Bairro <b>GENIBAU</b>	Cidade <b>CAUCAIA</b>	Estado <b>CEARA</b>	CEP <b>61600000</b>
Email			Telefone (DDD) <b>(35) 98250 9097</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <b>0295</b> D/V <b>0</b> CONTA NRO. <b>1001103</b> D/V <b>5</b> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

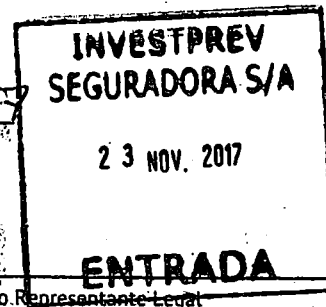
FORTALEZA, 13 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3170631762  
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Jose Sales de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): R Rd Br 222, 34  
Genipabu Caucaia CE CEP: 61600-150  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20072179850  
Data local do acidente: [ 07/04/2017 ]  
Data local do exame: [ 12/04/2018 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX COM FRATURA DO 5º AO 8º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR NO TÓRAX. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NÃO HÁ**

**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**LIMITAÇÃO RESIDUAL/LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TRONCO E DA INSPIRAÇÃO**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ **Sim**      ☐ **Não**

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

☒ **Sim**      ☐ **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LESÃO NERVOSA INTERCOSTAL COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TRONCO E DA INSPIRAÇÃO**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS  
CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO  
COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA,  
RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.**

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**REFERE LESÃO NOS OMBROS, MAS NÃO APRESENTA DOC.**

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



**Dr. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00295-0

CONTA: 000001001103-5

Nr. Autenticação

BRADESCO170420180500000000023700295000001001103135000 PAGO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170631762 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX COM FRATURA DO 5º AO 8º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO RESIDUAL/LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TRONCO E DA INSPIRAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR NO TÓRAX. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS, PORÉM COM PREJUÍZO DA MOBILIDADE DO TRONCO SEM COMPLICAÇÕES

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REFERE LESÃO NOS OMBROS, MAS NÃO APRESENTA DOC.

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**