

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2015

Carta n°: 7531948

A/C: FRANCISCO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3150675768
Vitima: FRANCISCO PEREIRA SILVA
Data Acidente: 22/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2016

Carta nº 8521613

a/c: FRANCISCO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3150675768
Vitima: FRANCISCO PEREIRA SILVA
Data Acidente: 22/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2016

Carta n°: 8749327

A/C: FRANCISCO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3160144515
Vitima: FRANCISCO PEREIRA SILVA
Data Acidente: 22/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 09 de Março de 2016

Carta nº: 8818392

A/C: FRANCISCO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3160144515
Vítima: FRANCISCO PEREIRA SILVA
Data Acidente: 22/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.

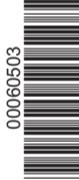
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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



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, Francisco Pereira Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 26.408.152-8

EXPEDIDO POR SSPIRJ

EM 29/11/2017

CPF 0802010841-27 CNPJ 00000000-00-00, 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 Francisco Pereira Silva, 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 Lotáticas 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1016-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11851-6

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.

16/11/13 de novembro de 2015

LOCAL E DATA

Francisco Pereira Silva

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 deneed da cota 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.

28 FEVEREIRO 2016

EM REGULADORA

BANCO DO BRASIL S.A.
06/05/2015 - AUTO-ATENDIMENTO 09.00.48
102671485 00005.
EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANCA OURO

RENDIMENTOS:

SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

AGENCIA: 1026-X CONTA: 11.851-6 VAR: 51
CLIENTE: FRANCISCO PEREIRA SILVA

DATA DT.BS HISTORICO	VALOR
--- Abril/2015	
3004 Saldo ant.	0.

NAO HA LANCAMENTOS NO PERIODO

SALDO	0.
VLR. BLOQUEADO	0,000
DISPONIVEL	0.

SALDOS POR DIA BASE

01

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
RENDIMENTOS:

RENDIMENTOS: TR + 0,5% A.M.

AGENCIA: 1026-X CONTA: 11.851-6

DATA DT.BS HISTORICO	VALOR
--- Abril/2015	
3004 Saldo ant.	0.

NAO HA LANCAMENTOS NO PERIODO

SALDO	0.
VLR. BLOQUEADO	0,000
DISPONIVEL	0.

SALDOS POR DIA BASE

19.

Apos a MP 567/2012, atentar para as variacoes
da poupanca, ao movimenta-la.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

PROTÓCOLO
RECEBIDO
26 FEB 2016
JEM REGULADORA

**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): Francisco Pereira Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Maria Patricia Costa, S/N
Centro Barra de Santa Rosa PB CEP: 58170-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3121359
Data local do exame: [14/03/2016] Campina Grande [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 de tibia Esq, Fratura de acetabulo D

Presença de cicatriz cirúrgica na região anterior da perna Esq, edema importante e deformidade no terço distal da perna, limitação da adm do TNZ para flexo extensão em torno de 50%, atrofia importante da musculatura do MIEsq, deambula com auxílio de muleta. ausência de cicatrizes na região do quadril D ausência de limitações na ADM do quadril Esq.

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.

Foi atendido no mesmo dia do acidente, ficou internado durante 22 dias, sendo submetido a síntese de fratura de tibia no 16ºdia, fez TAC da bacia e teve indicação de tratamento conservador da fratura do acetabulo, fez acompanhamento durante seis meses, não fez fisioterapia
Data da alta: 13-03-2015

Osteossíntese de fratura de tibia Esq com uso de placa e parafusos

Tratamento conservador de fratura de acetáculo

Complicações: Evoluiu sem complicações

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.

Dano anatomico pela fratura e deformidade importante da perna Esq, deficit funcional da ADM do TNZ, atrofia da musculatura do MIE, perda da capacidade de correr e agachar, limitação para deambular sem o auxílio de muletas.

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):

Membro inferior - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio **(X) 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. Schubert Costa
PERITO ASSISTENTE
SAÚDE SEG
CRM - 5523

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO PEREIRA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01026-X

CONTA: 000010011851-8

Nr. da Autenticação 5D531AE3DADD2E9A

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160144515 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 22/02/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tibia esquerda.
Fratura de acetáculo direito.

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatriz cirúrgica na região anterior da perna esquerda, edema importante e deformidade no terço distal da perna, limitação da ADM do tornozelo para flexo extensão em torno de 50 %, atrofia importante da musculatura do MIE, deambula com auxílio de muleta. ausência de cicatrizes na região do quadril direito ausência de limitações na ADM do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Osteossíntese de fratura de tibia esquerda com uso de placa e parafusos.
Tratamento conservador de fratura de acetáculo.
Evoluiu sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

