



Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2014

Carta nº: 5063007

A/C: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Sinistro: 2014762959
Vitima: ROGEL DE SOUZA DANTAS
Data Acidente: 02/04/2014
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.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 início 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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2014

Carta nº: 5221691

A/C: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Sinistro: 2014762959
Vítima: ROGEL DE SOUZA DANTAS
Data Acidente: 02/04/2014
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.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2014

Carta nº: 5737462

A/C: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Sinistro: 2014762959
Vítima: ROGEL DE SOUZA DANTAS
Data Acidente: 02/04/2014
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: **ROGEL DE SOUZA DANTAS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **341**

Agência: **000008527**

Conta: **0000019076-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 12/09/2014
DPVAT/SIN - 14974/2014

Para: Sabemi Seguradora S.A.

A/C: Regdata / Sr. Sergio Freitas

OUTROS

1004054



REF: Prosseguimento de Regulação - Workflow

Devolvemos o(s) processo(s) abaixo relacionado(s), para devidas providências quanto ao prosseguimento da(s) regulação(ões) através do SIS-DPVAT-Sinistros, obedecendo todo o fluxo sistêmico.

Alertamos que todos os documentos dos processos (novos ou complementares) a serem encaminhados a Recall, deverão seguir com os seus respectivos capeantes anexados.

Informamos que o(s) sinistro(s) abaixo foi(ram) recadastrado(s), atribuindo nova numeração, conforme segue.

Sinistro(s)	Cad. Anterior	Vítima(s)
2014/762600	2014/702141	Rafael Galdino Moraes
2014/762959	S/N	Rogel de Souza Dantas
2014/762518	S-N	Eusvairto Schwenck
2014/762299	2014/705307	Francisco Thayrone Rodrigues de Sousa
2014/764248	2014/702154	Pedro Henrique Cunha
2014/764126	2014/701849	Augusto Cesar de Oliveira Filho

4328
43003
32371

45722
45419
45508

Atenciosamente

Cristina Grasso
Gerente de Sinistro

P- 200/010149/2014-001, 200/004075/2014-002, 200/010160/2014-001, 200/010153/2014-001,
200/010177/2014-001 e 200/010182/2014-001.

KS

Anexo: conf. texto



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, Rogel de Souza SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 3697861EXPEDIDO POR MTPS

EM ____/____/____ E

CPF 0374505433-21 / CNPJ _____, PROFISSÃO motocueiroE RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rogel de Souza Santos 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 1563 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 013 - 56354-0

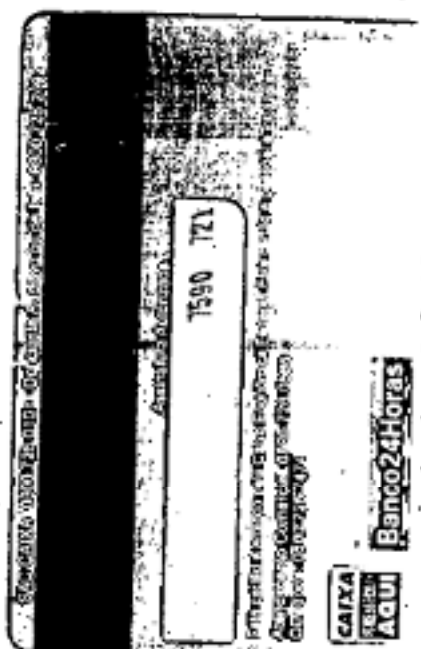
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza - Ceará DATA 27/06/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X Rogel de Souza Santos

! 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.



TEL CONTATO E MARCAÇÃO DE PERÍCIA
(085) 3483.2904 (085) 8534-5874
SOM!



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 4940 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 05/07/2014 10:26:30
Data / Hora da Ocorrência : 02/04/2014 15:00:00
Endereço da Ocorrência: LUCIANO CARNEIRO



Nº FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ROGEL DE SOUZA DANTAS
Nascimento : 14/04/1990
RG: 2005002086605 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: FRANCISCO BATISTA DANTAS
ROSANGELA MARIA DE SOUZA DANTAS
Endereço: TV IGUAÇU 48 96715514/ 85117504
VILA MANOEL SATIRO
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: 85 32961045

Histórico

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa de que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADO, A VITIMA ROGEL DE SOUZA DANTAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA, HONDA TITAN CG 150 -PLACA OIL-7286 -CE, COR VERMELHA, LICENCIADA EM NOME DE ROBSON DA SILVA XAVIER, QUANDO UM VEICULO FIAT PALIO DE COR PRETA, DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AO MUDAR DE FAIXA, SEM SINALIZAR, VEIO A COLIDIR NA MOTOCICLETA DA VITIMA, QUE NÃO TEVE COM DESVIAR; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA E CONSTATADO FRATURA NO BRAÇO DIREITO E PÉ ESQUERDO. NADA MAIS DISSE.

Noticiante(s)

Nome : NAZARENO GOMES DE SOUSA
Endereço : R PEDRO MARTINS 357
Bairro : BOM JARDIM
Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL Telefone: _____

Antônio Erivan de Figueiredo
Escritório de Polícia Civil
Matrícula 155.337-1-4

NOTICIANTE - Nazareno Gomes de Sousa
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rogel de Souza Dantas, portador da carteira de
Identidade nº 3697861 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.505.433-21
residente e domiciliado na Rua 09 S/N casa 77 - St conego
Cidade Fortaleza, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



1004029

Rogel de Souza Dantas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza, Ceará 27/06/14

Local e data

CONHECIMENTO E MARCAÇÃO DE PERÍCIA
(085) 3483.2904 (085) 8534.5824
SORAYA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



1004040



Seguradora Líder • DPVAT

ROGEL DE SOUZA DANTAS
RUA 09 - SIN CASA 77
ST CORREIO
CEP 60060-130 - FORTALEZA - CE

Retomar

Titular do CA

2000

Sinistro Referência

CPF: 037.505.433-21

Número do sinistro: 2014299897

Seguradorat 4251

Natureza: Invalidez Parcial

Código de Regulação: Pago

Sequência: 001

Dependência: 206

1,1990

10-11-12

ita sinis... 1 An

7/07/2013 Mon

X Cancelar

X Fecha:

100

វិស័យ

0

1999

二

Effect

10

10

1

1

1

1

1991

i

1.

100

100

11



Prefeitura de
Fortaleza



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA: CANDIDA MAIA, 294 - ANT.º BEZERRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o(a) Paciente; ROGEL DE SOUZA DANTAS residente na Rua; 09 Sítio corrego Nº77 Bairro; MONDUBIM FORTALEZA - CE compareceu a este Hospital no dia; 02/04/2014 vítima de ACIDENTE DE MOTO no setor traumatologia. Com fratura do rádio conforme consta em nossos arquivos.

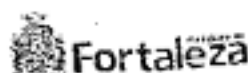
Fortaleza 06 agosto de 2014.

Adriana Maria
Assinatura

Assinatura do responsável pela emissão

REGDATA

28 AGO 2014



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): Rogel de Jesus Junior

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 02 de 04 de 14 às _____ hs

Tendo como causa do atendimento: Fraqueza do

macho CID: _____

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs e pode retornar à suas atividades.

2. (☒) Necessitando de _____ () dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID: _____

3. () Encontra-se a () APTO () INAPTO a prática curricular de Educação física.

4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho.

5. () Paciente encaminhado à especialidade _____

Fortaleza, 02 de 04 de 14.

Médico GERM
Especialista
CRM 12615



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MATA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP: 60.356-810 - FAX: 3488-3210



RECEITA

20 jul de 1985

Dr. Carlos A. Oliveira
Surco 8185

Conf

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

NUMEROS DE IDENTIFICACION



037.305.433-21 14/04/1999

FINANCIADO DARTISTA
DARTAS
MOSARRELLA MARRIA DE
BOUZA DARTAS

☐ **PERIODICO** ☐ **AC** ☐ **AD**

0500049050

20/01/2015	20/01/2016
------------	------------

Phosphoric Acid and Phosphoric Acid
4-10-1964

PORTUGALIA, CE 21/01/201

072451209
CH1347003

DEPARTMENT OF THE ARMY

CONVITE PARA O DEBATE
0951 854430
0951 854430



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
OPONTORES DE VEICULO PRESTRE CUMPRIM. MARCA (REBO)
FAMOSTA S.A. CANTO, S/Nº, ST. JOAO D'AVAI

010309316470

2013

83900799334 OIL7286

2013 21/11/2013

01 83900799334 OIL7286

479132186 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2012 09 9C2KC1650CR549177

X 00/00/0000

PROPRIETARIO
LOTE/DOC: 111988/49 - LACRE:
MOTOR: KC16E5C549177

2013

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

010309316470

DANI 01 479132186 0000000000 2013

ROBSON DA SILVA XAVIER

FORTALEZA/CE

83900799334 OIL7286

*****/CE 9C2KC1650CR549177

REG. DE VEICULO: 9C2KC1650CR549177 - MARCA: HONDA

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2012 2012

2P/0CV/149CC PARTIC VERMELHA

00/00/0000

FORTALEZA 21/11/2013

100% FIAVEL
UNIFORTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014762959

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Data do acidente: 02/04/2014

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Politraumatismo

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014762959

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROGEL DE SOUZA DANTAS

Data do acidente: 02/04/2014

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO RÁDIO DIREITO E FERIMENTO CORTO-CONTUSO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO. .

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR AO DEAMBULAR, EDEMA RESIDUAL LOCAL, ATROFIA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO DO PUNHO DIREITO E DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Eusébio T. Rocha - CRM: 4774

CRM do médico: 4774

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

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, Rogel de Souza Dantas

PORTADORA(A) DO RG Nº 3697861

EXPEDIDO POR Detran-ee

EM 20/04/14 E

CPF 037505433-21 / CNPJ _____, PROFISSÃO Motorista

E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rogel de Souza Dantas, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 344 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8527 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 49076-6

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

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

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.

Sorocaba-ee, 30 de Outubro

de 2014

LOCAL E DATA

Rogel de Souza Dantas

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.



Banco Itaú S/A

PROTOCOLO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO
BANCO 341 CTR 000011 23/10/2014 11.26.30

AGENCIA: 8527 CONTA CORRENTE: 19076-6

RS 2,00

ROGEL DANTAS

CAIXA ELETRONICO 59445/0667-FPEIXOT

DEPOSITOS REALIZADOS APÓS O HORARIO DE
EXPEDIENTE BANCARIO ESTAO SUJEITOS A
EFETIVACAO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA
UTIL. DEPOSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,
DOMINGOS E FERIADOS SAO EFETIVADOS NO DECORRER
DO PROXIMO DIA UTIL.

SE HOUVER DIFERENCA NO ENVELOPE, SERA LANCAO
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NAO SERA ABERTO
E PERMANECERA POR 60 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI
DEPOSITADO, PARA COMPROVACAO. NESTES CASOS,
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO
CLIENTE SERA CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.

SABEMI SEGURODORA S/A.
12 NOV 2014
RIO DE JANEIRO

**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): **ROGEL DE SOUZA DANTAS** Sinistro: **2014762959** Data: **02/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Deputado João Lopes, 77, CASA 77 - ST CORREGO - Fortaleza - CE - CEP 60060-130**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MTPS /CE**] **3697861**

Data local do exame: [**07/10/2014**] **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)
FRATURA FECHADA DO RÁDIO DIREITO E FERIMENTO CORTO-CONTUSO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO. . A VÍTIMA REFERE DOR AO DEAMBULAR, EDEMA RESIDUAL LOCAL, ATROFIA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E DO PUNHO 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.
A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO DO PUNHO DIREITO E DO JOELHO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):

PUNHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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.


Antº Eusébio Teixeira Rocha
Médico do Trabalho
Mtb nº 2270 Port. Nº 6 de 12/06/90
CREMEC 4774 - CPF 376.928.284-15
Antonio Eusébio T. Rocha - CRM: 4774 - CE