

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2015

Carta nº: 6467103

A/C: FRANK GOMES BENTO

Sinistro: 3150118427
Vítima: FRANK GOMES BENTO
Data Acidente: 09/12/2014
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.

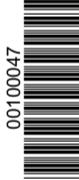
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 21 de Março de 2015

Carta n°: 6597944

A/C: FRANK GOMES BENTO

Sinistro: 3150118427
Vitima: FRANK GOMES BENTO
Data Acidente: 09/12/2014
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: FRANK GOMES BENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000004272-2

Conta: 0000055232-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

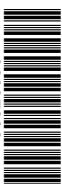
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
--	-----	-----------------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, **Frank Gomes Bento.**PORTADOR(A) DO RG Nº **20073650034.** EXPEDIDO POR **SSPCE** EM **_____ / _____ / _____** ECPF **057131143-17** /CNPJ **_____** PROFISSÃO **Autônomo**
E RENDA MENSAL DE **R\$ 600,00** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Frank Gomes Bento.** 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 **001** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **4272-2** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **55.232-1**

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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RESINTRAN

04 FEVEREIRO DE 2015

Alcantaras-CE 26 de Janeiro de 2015.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 12301591-AC ALCANTARAS
Terminal: 99321766 Id. Trx.: 39990
Nro Aut : 104229 Caixa : 81777094
Data : 12/01/2015 Hora : 10:42
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A. 0088
5757800180

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 4272-2 CONTA: 55.232-1
CLIENTE: FRANK GOMES BENTO

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
10/12/2014		
Saldo Anterior		0,00C
<u>N A O H A L A N C A M E N T O S</u>		

VOCE PODE TER UMA CONTA ESPECIAL BB. PROCURE SUA
AGENCIA E ASSINE O CONTRATO.

Invest. com Ressate Autom.	7,56C
Saldo Disponivel	7,56C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	02/02/2015
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	02/02/2015

(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos
devedores diarios no mes anterior ao debito.

CREDITO BOMPRATODOS*	706,00C
----------------------	---------

SALDO EM CONTA-SALARIO	0,00C
------------------------	-------

SALDO EM APLICACAO FINANCEIRA:
Poupanca Resg. Automatico 7,56

(*) Saldo atualizado ate-09.01.2015

Linhos de Crédito	Crédito BOMPRATODOS
	Crédito Novo
BB Crédito Automatico	706,00

Financiamentos de Bens/Servicos	
BB Crd Veiculo/Leasing	5.590,00
BB Crediário/Construção	2.260,00

*VALORES DE REFERENCIA. Sujeitos a confirmacão
no momento da contratação.

OBSERVACOES:

Há tarifas pendentes de cobranca. Total em
12/01/2015 R\$ 17,82. Sujeito à cobranca
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
Procure sua agencia.

Central de Atendimento BB
4004 0001 / 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722
Para deficientes auditivos
0800 729 0088

RESINTRAN

04 FEV 2015

**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): Frank Gomes Bento
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Penha, S/N
Zona Rural Alcântaras CE CEP: 62120-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do exame: [10/03/2015] Sobral [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 DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

- 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.

TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA E POSTERIOR TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO POR DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO

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 SUPERIOR ESQUERDO

% 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.

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

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: 17/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANK GOMES BENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04272-2

CONTA: 00000055232-1

Nr. da Autenticação 819C9DD20C260692

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150118427 **Cidade:** Alcântaras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANK GOMES BENTO **Data do acidente:** 09/12/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM BRAÇO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150118427 **Cidade:** Alcântaras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANK GOMES BENTO **Data do acidente:** 09/12/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO POR DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO

Resultados terapêuticos: TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA E POSTERIOR TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM MSE

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GREIVE FREITAS

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

