
Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ANTONIO MARCOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170616210

Vitima: ANTONIO MARCOS DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170616210**.

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



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta n°: 12574824

A/C: ANTONIO MARCOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170616210
Vitima: ANTONIO MARCOS DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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 MARCOS DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000879-6

Conta: 000010022084-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

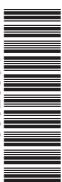
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento**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, Antônio Marcos da SilvaPORTADOR(A) DO RG N° 002.139.580EXPEDIDO POR ITEP/IRNEM 11/11/99 ECPF 103522264-71 /CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO Padeiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Marcos da 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 Lotéticas 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) 0879-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 22.084-1**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 DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Umaizal-RN .24 de Outubro

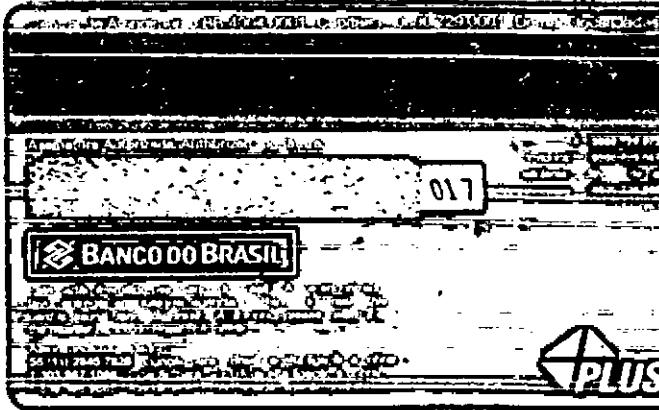
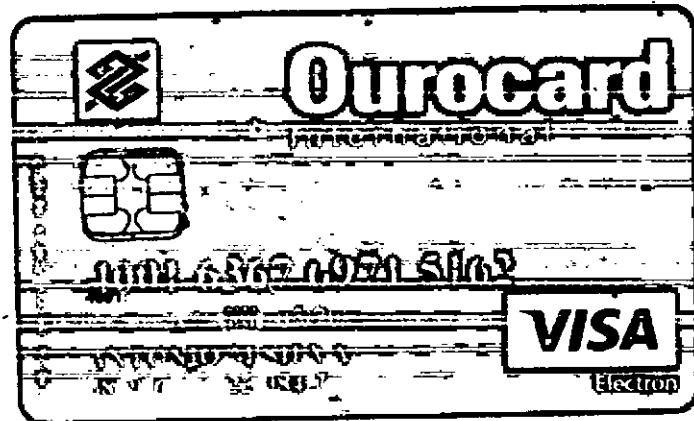
LOCAL E DATA

de 2017Antônio MARCELO DA 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 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.



11-01-2017

19-01-2017

**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): Antonio Marcos da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ver Jose Martins, 265
Sta Luzia Umarizal RN CEP: 59865-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002139580

Data local do exame: [25/01/2018] Pau dos Ferros [RN]

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)

OMBRO ESQUERDO (CLAVÍCULA)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR + DEFORMIDADE EM 1/3 MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. PACIENTE FOI TRANSFERIDO PARA NATAL-RN PARA REALIZAR CIRURGIA ELETIVA.

- 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.

OBSEVO CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIAO ANTERIOR DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM DOR A PALPACAO DA INCISÃO.

Data da alta: RECEBEU ATESTADO MÉDICO POR 60 DIAS APÓS A FRATURA

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUCAO CRUENTA DA FRATURA + FIXACAO COM PLACA DCP 3.5 MM + 1 PARAFUSO DE COMPRESSÃO + 5 PARAFUSOS CORTICAIOS.

DOR RESIDUAL + PERDA DA FORCA DE ABUDCAO + ENCURTAMENTO DE 1CM DA REGIÃO ACOMETIDA.

Complicações: DIMINUICAO DA FORCA + ENCURTAMENTO DO MEMBRO ACOMETIDO

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

LIMITACAO DA ABDUCAO DO OMBRO ESQUERDO + ENCURTAMENTO DO MEMBRO ACOMETIDO + DOR RESIDUAL .

Caso a resposta seja "Não", concluir dentra 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):

OMBRO - Esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

() 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.

FRATURA DE 1/3 MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CIRÚRGICO

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



Dr. George Kennedy Dantas Roeha
CPF - 060.468.294-88
CRM/PE - 19381

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: 21/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00879-6

CONTA: 000010022084-3

Nr. da Autenticação 1D8B9CB9512B625C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616210 **Cidade:** Umarizal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616210 **Cidade:** Umarizal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 1/3 MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIAO ANTERIOR DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM DOR A PALPACAO DA INCISÃO.
médico pericial: DEFORMIDADE EM 1/3 MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA, FIXAÇÃO COM PLACA DCP 3.5 MM + 1 PARAFUSO DE COMPRESSÃO, 5 PARAFUSOS CORTICAIOS.
DOR RESIDUAL, PERDA DA FORCA DE ABDUÇÃO, ENCURTAMENTO DE 1CM DA REGIÃO ACOMETIDA.
COMPLICAÇÕES: DIMINUICAO DA FORCA + ENCURTAMENTO DO MEMBRO ACOMETIDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: George Kennedy Dantas Rocha

CRM do médico: 19381

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: