

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** EDUARDO DE SOUSA MAFRA  
**Sinistro:** 3180303850  
**Vítima:** EDUARDO DE SOUSA MAFRA  
**Data do Acidente:** 31/07/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

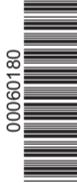
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180303850** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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, 26 de Julho de 2018

Carta n°: 13149120

A/C: EDUARDO DE SOUSA MAFRA

**Nº Sinistro:** 3180303850  
**Vitima:** EDUARDO DE SOUSA MAFRA  
**Data do Acidente:** 31/07/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

**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: EDUARDO DE SOUSA MAFRA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000003018**

**Conta: 0000017614-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>3.375,00</b>

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

**Graduação: Em grau completo 10%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%**

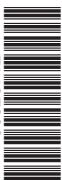
**Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00**

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, 10 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** EDUARDO DE SOUSA MAFRA

**Nº Sinistro:** 3180303850

**Vitima:** EDUARDO DE SOUSA MAFRA

**Data do Acidente:** 31/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180303850**.

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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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

283.862.304-44

Nome completo da vítima

EDUARDO DE SOUSA MA FRA

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

Nome completo <b>EDUARDO DE SOUSA MA FRA</b>	CPF titular da conta <b>283.862.304-44</b>	Profissão <b>RECLUSA</b>
Endereço <b>RUA: DOS NAVEGANTES</b>	Número <b>2927</b>	Complemento <b>AP: 101</b>
Bairro <b>BOA VIAGEM</b>	Cidade <b>RECIFE</b>	Estado <b>PE</b>
Email <b>FERNANDABRANDAO2013@GMAIL.COM</b>	CEP <b>51.111-080</b>	Telefone (DDD) <b>(81) 98552-9424</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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <b>3018</b>	D/V	CONTA NRO. <b>17614</b>	D/V
(Informar dígito se existir)			

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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.

*Local e Data*  
*Local e Data*  
*Local e Data*

**ARUANA SEGUROS**

**03 JUL 2018**

*Eduardo de Sousa Ma FRA*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

013.00017614-0  
CLIENTE: EDUARDO DE SOUSA MAFRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012  
DATA VAL

DATA 25/05 VALOR 5,02

## MOVIMENTAÇÃO

DATA NR. DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 5,000

Malo

25/05	000000	REM BASICA	0,000
25/05	000000	CRED JUROS	0,026

RESUMO EM 21/06

**SALDO** ~~5.020~~

## RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0.22

### **SALDO DISPONÍVEL**

5020

**SALDO TOTAL**

5-020

## Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

**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**

Número do Sinistro: 3180303850  
Nome do(a) Examinado(a): Eduardo de Sousa Mafra  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua dos Navegantes, 2927 Apt 101  
Boa Viagem Recife PE CEP: 51111-080  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 1351926  
Data local do acidente: [ 31/07/2017 ]  
Data local do exame: [ 17/07/2018 ] Olinda [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO**

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

**Tratamento: REALIZOU OSTEOSINTSE COM PLACAS E PARAFUSOS**  
**Complicações: ARTROFIBROSE E GONARTROSE**

**Data da Alta: ABRIL/2018**

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

**APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO ESQUERDO , ADM 30º-90º , GONARTROSE POR SEQUELA**

- IV. Nexo de causalidade: 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:

**LIMITAÇÃO IMPORTANTE NA MARCHA COM DIMINUIÇÃO DE ADM DO JOELHO**

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):

**JOELHO - Lado Esquerdo**

% 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):

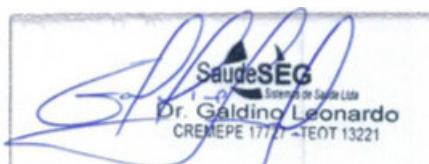
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

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.

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: 19/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: EDUARDO DE SOUSA MAFRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03018

CONTA: 000000017614-0

---

Nr. da Autenticação 88C2DAC766E27178

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180303850      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO DE SOUSA MAFRA      **Data do acidente:** 31/07/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMAS OMBRO E JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - (ANALISTA NÃO IDENTIFICOU POSSÍVEIS SEQUELAS ATRAVÉS DOS DOCUMENTOS ANEXADOS)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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

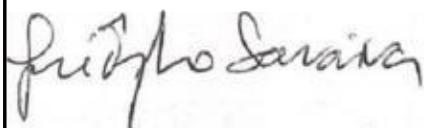
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180303850      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO DE SOUSA MAFRA      **Data do acidente:** 31/07/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

**Descrição do exame** APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO ESQUERDO , ADM 30º-90º , GONARTROSE POR SEQUELA  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DO JOELHO , DOR AO PISAR , DEFORMIDADE EM VARO DO JOELHO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Galdino Leonardo

**CRM do médico:** 17727

**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 joelho	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

