
Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **VICENTE PEREIRA NETO**

Nº Sinistro: **3180037154**

Vitima: **VICENTE PEREIRA NETO**

Data do Acidente: **22/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO LAURO BARRETO JUNIOR**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180037154**.

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, 23 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12418691

A/C: VICENTE PEREIRA NETO

Nº Sinistro: 3180037154
Vitima: VICENTE PEREIRA NETO
Data do Acidente: 22/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO LAURO BARRETO JUNIOR

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: VICENTE PEREIRA NETO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005395-3

Conta: 000008327-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

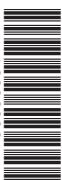
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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





0014



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 de 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 208.802.433-68	Nome completo da vítima VICENTE PEREIRA NETO
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	VICENTE PEREIRA NETO		CPF titular da conta 208.802.433-68	Profissão SERVIDOR PUBLICO
Endereço	RUA JOAQUIN QUINTINO		Número 105	Complemento CASA
Bairro	SITIO LATADAS	Cidade JAGUARUANA	Estado CE	CEP 62823-000
Email	NÃO TEM ENDEREÇO ELETRONICO			Telefone (DDD) (88) 99266-5805

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

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 ou conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitacão do valor indenizado.

JAGUARUANA, 02 de NOVEMBRO de 2017
Local e Data

Local e Data

~~Vincente Pereira Neto~~

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3180037154
Nome do(a) Examinado(a): Vicente Pereira Neto
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Quintino, 105
Sítio Latadas Jagaruana CE CEP: 62823-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSPDS / CE] 20079224614
Data local do acidente: [22/09/2017]
Data local do exame: [15/02/2018] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA CAVALGADA DE CLAVICULA DIREITA.

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

**Tratamento: REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRURGICO EM CLAVICULA DIREITA.
Complicações: NAO APRESENTOU.
Data da Alta: ALTA EM MEADOS DE SETEMBRO DE 2017.**

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

LIMITACAO FUNCIONAL MODERADA A GRAVE COM DEFORMIDADE.PRESENCA DE EXTENSA CICATRIZ POR STATUS POS CIRURGICO.

- 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:

LIMITACAO NA ABDUCAO,EXTENSAO COMPLETA DO OMBRO DIREITO,ROTACAO EXTERNA E DIMINUICAO DE FORCA EM OMBRO DIREITO.

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"

"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)

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 - Lado Direito

% 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

VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
CRM/RN - 5997

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICENTE PEREIRA NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05395-3

CONTA: 00000008327-5

Nr. Autenticação

BRADESCO21022018050000000002370539500000008327253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180037154 **Cidade:** Jaguaruana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE PEREIRA NETO **Data do acidente:** 22/09/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA CAVALGADA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA A GRAVE COM DEFORMIDADE. PRESENÇA DE EXTENSA CICATRIZ POR STATUS PÓS CIRÚRGICO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM CLAVÍCULA DIREITA. CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO DA CLAVÍCULA DIREITA COM LIMITAÇÃO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Dixon Fradik Medeiros Lima

CRM do médico: 5997

UF do CRM do médico: RN

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: