

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**

Carta nº 12274408



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12418691

A/C: VICENTE PEREIRA NETO

Nº Sinistro: 3180037154  
Vítima: 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%

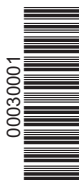
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

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 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 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

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**

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

BANCO BRADESCO

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

5395

3

8327

5

(Informar dígito se existir)

(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 conta bancária informada. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

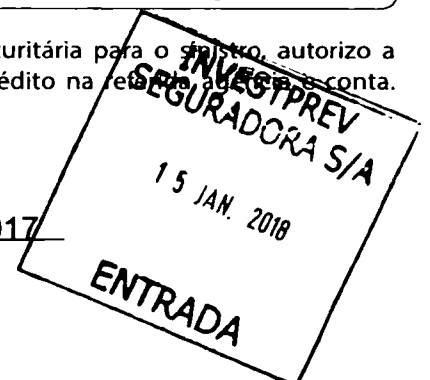
JAGUARUANA, 02 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

*Vicente 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 Vitimas 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 Joaquin Quintino, 105  
Sitio Latadas Jaguaruana 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                       | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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

  
**Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima**  
 CPF - 026.989.154-47  
CRM/RN - 5997

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: 000000008327-5

Nr. Autenticação

BRDESCO2102201805000000000023705395000000008327253125 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:**