
Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2014

Carta n°: 5611747

A/C: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

Sinistro: 2014958983
Vitima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA
Data Acidente: 14/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/11/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2015

Carta n°: 6710792

A/C: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

Sinistro: 2014958983
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA
Data Acidente: 14/06/2014
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



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

Sinistro: 2014958983 - 2

Nome do(a) Examinado(a): JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO AURIMATA nº 00 - AREA RURAL - SANTO ANDRE/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2632476 - SSP

Data local do exame: 22/04/2015 CAMPINA GRANDE/PB

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 DE TORNOZELO DIREITO

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR ALTA MEDICA

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.

EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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)

TORNOZELO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 22/04/2015

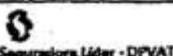
Médico Perito: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI CRM: 6508


Márcio Alberto L. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CIR. DO OMBRO E COTOVELO
CRM-PB 6508 TECIT 11209

Assinatura do perito Examinador - CRM



0014*



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 312019589700 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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar ônus no recebimento da indenização no banco.

BL. José Batista Clementino da Costa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 213.247-6 DEPÓSITO POR FB EM 22/3/12.000
 CPF 03246591004-33 /OBR PROFISSÃO Agropecuário
 E RENDA MENSAL DE R\$ 7.200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA José Batista Clementino da Costa 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 segurado, determina que todas as seguradoras são obrigadas a comprovar cadastro de todos os pessoas envolvidas no recebimento da indenização. Esta caixa deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de fárias de renda, respectivamente.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados são devidos, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário ou benefício – nos documentos apresentem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apresentem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresarial) ou ETD;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACH, ativação para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACH, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPOFÉNIA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revogue a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos débitos bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (informar os endereços a consulta no site da RFB/STF FEDERAL www.rfb.gov.br), bem como o CPF cadastrado no 96DPVAT SINISTROS que não é o mesmo da conta informada para débitos;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Têm-se que apresentar os documentos que comprovem os débitos bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do visto de cartão múltiplo com impressão de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (com dígitos se exibir) _____ Nº da CONTA (com dígitos se exibir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPOFÉNIA (SOMENTE BANCOS BRASILEIRO, FGTS, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 001 Nº da AGENCIA (com dígitos, se exibir) 2227-1 Nº da CONTA (com dígitos, se exibir) 11.934-5

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 COMOQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

30/03

Conselho de Juiz de 12 de Março de 2015 José Batista Clementino da Costa.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

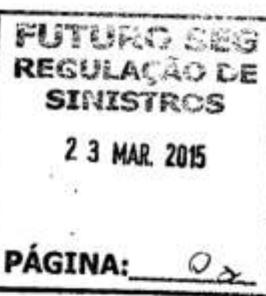
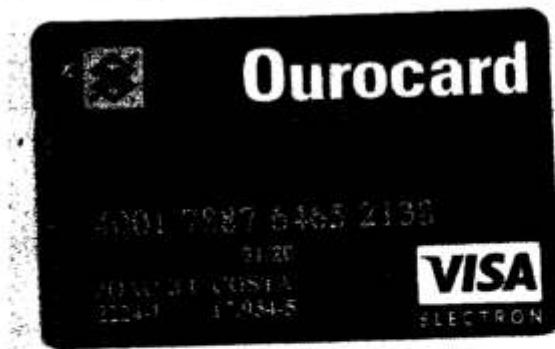
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$15.300,00 em caso de morte (valor que será pago após legalidade beneficiário, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.300,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas) e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.345/2006) e ressarcimento de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de validação do pedido de indenização, acesse: www.dpvatsegurodenegocios.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

23 MAR. 2015

PÁGINA: 01





CERTIDÃO DE OCORRENCIA

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial, encontrei a ocorrência nº 239/2014, cujo teor passo agora a transcrever na integridade: dez dias do mês de outubro de dois mil e quatorze, nesta cidade de Juazeirinho, estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente o Del. Pol. Ewerton de Almeida, com o número acima, ao final assinado e declarado, ai por volta das 10h57min, compareceu **JOÃO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, agricultor natural de Santo André - PB, filho de Francisco Clementino dos Santos e de Maria de Lourdes Costa Santos, nascido no dia 03/06/1981, com 33 anos de idade, RG nº 2.632.476 SSE-PB, CPF nº 082.469.064-33, podendo ser localizado no Sítio Curimata, zona rural de Santos André-PB. **ONDE NO DIA 14/10/2014, POR VOLTA DAS 15HS, O DECLARANTE CONDUZIA SUA MOTO HONDA CG 125 TITAN DE COR VERMELHA, ANO FAB/MOD. 1996, PLACA Nº HTH-2059N, CHASSI Nº 9C2JC2501TR016326, COD. RENAVAM Nº 00649228421, LITERATURA EM NOME DE FERNANDO VITURINO DA SILVA, SE DESLOCANDO DO SITIO OLHO D'ÁGUA NO MUNICÍPIO DE ASSUNÇÃO, PARA O SITIO ONDE RESIDE, TRANSITANDO PELA RODOVIA PB 238, QUANDO NO TRECHO DO PERCURSO EM QUE PRECISOU ACESSAR UMA ESTRADA VICINAL NÃO PAVIMENTADA, NA ALTURA DO SITIO SERRINHA AINDA NO MUNICÍPIO DE ASSUNÇÃO, O DECLARANTE BATEU COM O VEÍCULO NUMA PEDRA, DERRAPOU E ACABOU indo AO CHAO. O DECLARANTE VENDOU PARA MARCO VIEIRA DE ANDRADE, MOTORISTA DA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL DE ASSUNÇÃO, QUE PRONTAMENTE SE DIRIGIU AO LOCAL DO ACIDENTE E SOCORREU O DECLARANTE LEVANDO-O AO HOSPITAL DE TRAUMA EM CAMPIÑA GRANDE ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA NO TORNOZELO DA Perna DIREITA. A PESSOA DE SIDNEY SALES NOBERTO, RESIDENTE NO SITIO CURIMATA, ACOMPANHOU O DECLARANTE DURANTE SUA ESTADIA NO DITADO HOSPITAL. Nada mais havendo para constar, registrou essa ocorrência e solicito certidão. O fato é verdade e DOU FE.**

06 NOV. 2014

Juazeirinho-PB, 10 de outubro de 2014.

ASSINA: _____

05

NOTICIANTE: João Batista Clementino da Costa.

ESCRIVÃO: _____



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Batista Clementino da Costa, portador
da carteira de identidade nº 2632476 e inscrito no CPF/MF sob o nº
082459064-33, residente e domiciliado na Sit. Curimata
S/N, área Rural,
Cidade Santo André Estado paraíba, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias
com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Batista Clementino da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

06 NOV. 2014

06

Campina Grande, 28/10/2014
Local e data

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: 06/05/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02224-1

CONTA: 000010017934-7

Nr. da Autenticação 9F9B5FA506292A5E



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

0705724-4 hiperemia do palpebro direito
Dor + Dolor + hiperemia faríngea - tonsilas
coxa direita + dor + febre 38,5 °C no reto perineo
ve mediotlo tímico. cintilax fracturado

TIPO DE ATENDIMENTO

consultas

Novo atendimento

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia Joelho

CRM 4021 TEOT 6030

- 01 - URGÊNCIA
- 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

- 0301000096 225225
0301010072 225220
0204030170 225220
0204050158 225220

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS)/ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO



TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ/CPF: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

ESTADO: PARAÍBA

UF: 25

PRONTUÁRIO N°: 1118718

PACIENTE:

NOME: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA SEXO: MASCULINO IDADE: 33,1

PROFISSÃO: AGRICULTOR(AP) DOCUMENTO: 2632476

END.: SITIO CURIMATAN, BAIRRO: ZONA RURAL

MUNICÍPIO: SANTO ANDRE ESTADO: PB CEP:

DATA ATENDIMENTO: 14/06/2014 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 251385

RAÇA / COR:

DATA NASCIMENTO: 03/06/1981 () 2 - PRIMEIRAS: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: It a 7 GRN.

último dia recife do anel 16: 16
infarto da parede direita ()
infarto da parede esquerda, costela, costela, epigástrico, dor no lado esquerdo
dor costela + dor no lado direito.
100/100 mmHg de pressão arterial clínica; glicose ()

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. - SP6 ()
2. - DIAZEPAM 10 mg ()
3. -
4. -
5. -

DIAGNÓSTICO / CID:

27.0000



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

REC/2014
01

Ficha de Acolhimento

Nome: Jair Batista Clementino da Costa

End.: Sítio Cimimatai

Bairro: Santo Antônio

Data de Nascimento: 03/06/81 Documento de Identificação:

Queixa: Ac. de moto Data do Atend.: 14/06/14 Hora: 17:00 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: Bom Regular Baixo Aspecto: Calmo Fácies de dor Gemente

Frequência respiratória

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas: Normocorada Pálida

Deambulação: Livre Cadeira de rodas Maca

MOD. 110

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato

Amarelo - atendimento até 1 hora

Verde - atendimento até 4 horas

Azul - atendimento ambulatorial

REC/2014
01

CH

Assinatura e carimbo do profissional

PACIENTE: JOÃO BATISTA C. DA COSTA

DATA DO EXAME: 14.06.2014

RADIOGRAFIA DE BACIA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.



RADIOGRAFIA DA Perna E TORNOZELO

- Fratura não desalinhada do maléolo medial da tibia.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Catarina Aguiar
CRM/PB: 6278

Dra. Míriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

59

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101


ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSUNÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

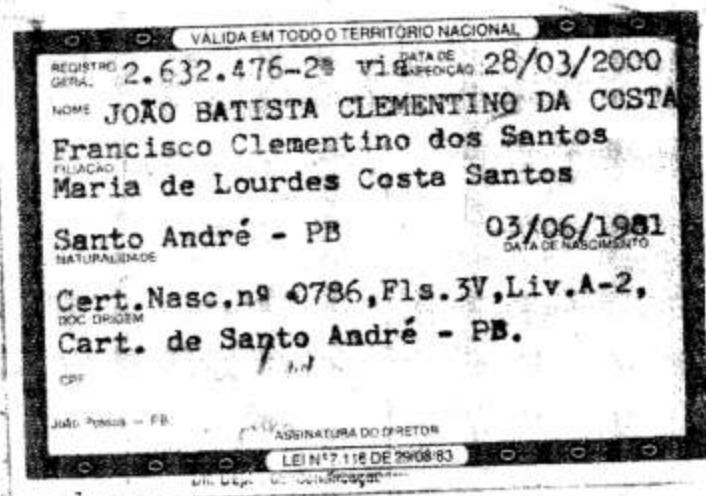
Declaramos para fins de prova junto ao que se faz necessário, que o Senhor **JOÃO BATTISTA CLEMENTINO DA COSTA**, portador do RG nº 2.632.476 SSP/PB e CPF nº 082.459.064-33, no dia 14/06/2014, foi vítima de um acidente de moto na Rodovia Estadual PB 238, município de Assunção, sendo o mesmo socorrido pela Ambulância deste município e levado para a cidade de Campina Grande.

Assunção – PB, em 26/09/2014.


Alexandre Patrício Santana
Secretário Municipal de Saúde







PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**COMUNICADO MASTER – 03/11/2014**

Ref.: Reprogramação de Pagamento – Redução de Rejeições Bancárias – Atualização da Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT

Senhor Usuário Master,

Informamos o cancelamento do Comunicado Master de 19/09/2014, bem como ratificamos todas as orientações contidas no Comunicado Master de 23/01/2014, o qual permanece válido.

Por oportuno, estamos encaminhando em anexo, o novo formulário de Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT que deverá ser utilizado para sinistros avisados a partir deste comunicado e estará disponível no site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Pela importância do assunto, recomendamos imediata divulgação a todos os colaboradores das equipes responsáveis pela recepção e regulação dos sinistros DPVAT.

O formulário e respectiva instrução deverão fazer parte do Manual Normativo de Regulação de Sinistros Administrativos DPVAT – item 4.9.

Atenciosamente,

Superintendência Técnica



Seguradora Lider · DPVAT

Rua Senador Dantas, 74 – 9º andar
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 21 3861-4600
Fax: 55 21 2544-0059



Curitiba, 06 de novembro de 2014.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Joao Batista Clementino da Costa
Santo André - PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 2014/958983
Sinistro de Invalidez – Joao Batista Clementino da Costa

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 06/11/2014, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade e documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- **Deverá ser apresentado junto ao processo;**

- **Autorização de pagamento.**
- **Numero de conta da vitima.**

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consorcio -DPVAT, para finalização.

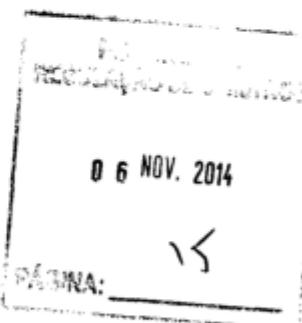
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTUROSEG



Rua Carlos Dietzscht, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

Curitiba, 09 de fevereiro de 2015.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Joao Batista Clementino da Costa
Santo André – PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 2014/958983
Sinistro de Invalidez – Joao Batista Clementino da Costa

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 09/02/2015, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade e documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

2ª Solicitação

- Autorização de pagamento.

- Cartão bancário ou extrato, abertura não é aceita.

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consorcio -DPVAT, para finalização.

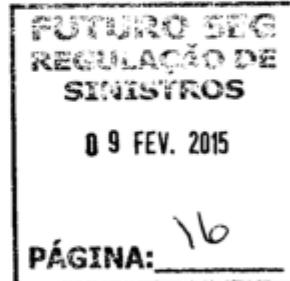
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTUROSEG





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Flávio Boiato Clementino do Nascimento
 DATA DO ACIDENTE 30/06/84 CPF DA VÍTIMA 082.459.064-03

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESES COM

A VÍTIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR St. Luizimota

Nº 511 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Brasília Rua Qued

CIDADE Santa Bárbara UF GO CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O ATENDIMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

