



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2014

Carta nº: 5754449

A/C: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA

Sinistro: 3140048002
Vítima: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA
Data Acidente: 07/11/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CONFIANÇA CIA DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5926331

A/C: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA

Sinistro: 3140048002
Vítima: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA
Data Acidente: 07/11/2013
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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6048120

A/C: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA

Sinistro: 3140048002
Vítima: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA
Data Acidente: 07/11/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000031444-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	9.450,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

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 junto ao banco.

EU, Erica Natabally Nunes de Paes,
PORTADOR(A) DO RG Nº 3072347 EXPEDIDO POR SSP PB EM 17/10/2014
CPF 065906514-00 / CNPJ 00000000-00 PROFISSÃO ---
E RENDA MENSAL DE R\$ --- () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MORTO 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

CONFIANÇA SEGUROS

08 SET. 2014

movimentação financeira mensal de até

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA 0550 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 37444-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

PB

DATA 08/14

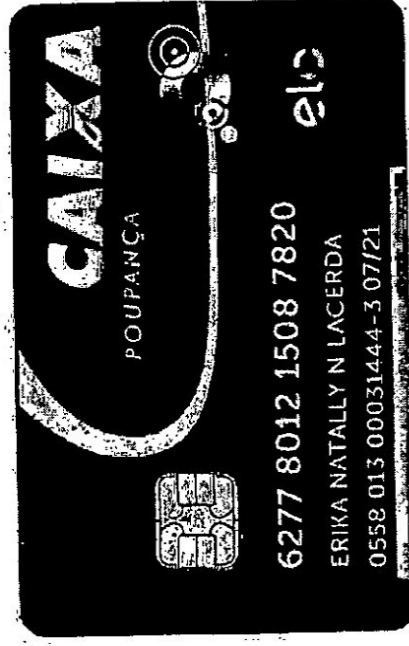
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Erica Natabally N. de Paes

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.dpvatseguradoransiro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CONFIANÇA SEGUROS
08 SET. 2014

LATINA ECONOMICA FIDELAT

SAL 0000 770 0101
OVIDORIA 0000 775 1174
OVIDORIA 0000 775 1174

07/0 0977 0000-0

11 MAR 2014

RECEBIDA 11 MAR 2014

LOT: 13, 14/20-0

LUBIN 10000 775 1174

AG. VINCULADA: 0000

00000000 00000000

DEPOSITO EN EFECTIVO

0000 011 00000000 7

LETRA NALTY NULYS EN EFECTIVO

VALOR

:

1,000

ES EL RECIBO Y VALOR COMO
CONSERVANTE DE DEPÓSITO

07/0 0977 0000-0

VIA DO CLIENTE

CONFIANÇA SEGUROS

08 SET. 2014

**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): Erika Natally Nunes de Lacerda
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N
Povo de Deus Cajazeiras PB CEP: 58900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3072347
Data local do exame: [19/12/2014] Pombal [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)

A vítima sofreu trauma com lesão de tendão no ombro esquerdo e entorse grave no tornozelo esquerdo. Encontra-se com muita dor e edema no ombro esquerdo, perda de força e incapacidade de elevar e abduzir o membro superior esquerdo. Tem marcha claudicante, edema no tornozelo e pé esquerdo com limitação dos movimentos do tornozelo e dos dedos do pé pelo edema, dificultando para caminhar. Não usa calçado fechado

- 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.

A vítima foi tratada clinicamente, sendo imobilizado o ombro esquerdo por 20 dias e o tornozelo esquerdo por 45 dias

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

A vítima ficou com limitação funcional média no membro superior esquerdo e média no membro inferior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):

membro superior esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

membro inferior esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

() 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.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Jozomero B. de Sousa
CRM 5401
Médico

OUTROS

1004054



SOUSA/PB, 31 DE OUTUBRO DE 2014.

A Seguradora Líder do Consórcio DPVAT.

Eu, **ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA**, Sinistro nº2014/754031, brasileira, portadora do CPF: 065.896.514-00, residente na Rua Projetada, s/n, Povo de Deus, Sousa/PB, venho respeitosamente a vossa senhoria informar que:

Considerando que as lesões por mim sofridas em decorrência do sinistro informado ter deixadas evidentes sequelas, conforme se observa no laudo em anexo e as quais também podem ser comprovadas através de PERÍCIA MÉDICA;

Motivos pelos quais solicito os bons préstimos de Vossa Senhoria revisão sobre o meu processo, visto que sequer fui submetido à Perícia Médica, por parte desta instituição;

Considerando ainda que cabe recurso judicial para tal, opto por buscar uma maneira mais viável e amigável para ambas as partes.

Por todo exposto, ratifico que seja feita uma REVISÃO em meu processo e que me encaminhem a perícia médica, onde de fato poderei definitivamente comprovar as minhas sequelas, objetivando receber da indenização devida a qual tenho direito, conforme preceitua a Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974.

Certo de Vossa prestimosa atenção antecipo-lhe meus agradecimentos.

Erika natally n. de lacerda

ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA

CPF: 065.896.514-00

CONFIANÇA SEGUROS

24 NOV. 2014

CONFIANÇA SEGUROS

05 DEZ. 2014

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140048002 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA **Data do acidente:** 07/11/2013 **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO E PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

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: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140048002 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIKA NATALLY NUNES DE LACERDA **Data do acidente:** 07/11/2013 **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: A vítima sofreu trauma com lesão de tendão no ombro esquerdo e entorse grave no tornozelo esquerdo. Encontra-se com muita dor e edema no ombro esquerdo, perda de força e incapacidade de elevar e abduzir o membro superior esquerdo. Tem marcha claudicante, edema no tornozelo e pé esquerdo com limitação dos movimentos do tornozelo e dos dedos do pé pelo edema, dificultando para caminhar. Não usa calçado fechado.

Descrição do exame médico pericial: A vítima ficou com limitação funcional média no membro superior esquerdo e média no membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi tratada clinicamente, sendo imobilizado o ombro esquerdo por 20 dias e o tornozelo esquerdo por 45 dias.

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM MSE
DANO MÉDIO EM MIE

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/12/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joo Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50%	35 %	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50%	35 %	R\$ 4.725,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

