

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2017

Carta nº: 11206594

A/C: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170338893 ASL-0234667/17  
**Vítima:** ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA  
**Data Acidente:** 10/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MICARLA SOARES DE LIMA

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11224144

A/C: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

**Sinistro:** 3170338893 ASL-0234667/17  
**Vítima:** ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA  
**Data Acidente:** 10/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MICARLA SOARES DE LIMA

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 20 de Julho de 2017

Carta nº 11341521

A/C: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170338893 ASL-0234667/17  
Vitima: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA  
Data Acidente: 10/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo 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, 31 de Julho de 2017

Carta nº 11397059

A/C: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170338893 ASL-0234667/17  
Vitima: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA  
Data Acidente: 10/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo 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, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11543682

A/C: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

Sinistro: 3170338893 ASL-0234667/17  
Vítima: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA  
Data Acidente: 10/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

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: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000081675-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# 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

Sinistro: **3170338893 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **POVOADO LAGOA DO SITIO nº 45 - ZONA RURAL - MACAIBA/RN**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 003429638 - SSP**  
Data local do exame: **14/07/2017 NATAL/RN**

### 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 DO FEMUR 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 complicação.

**TRATAMENTO CIRURGICO, SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA MEDICA.  
APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO, FORÇA MUSCULAR DIMINUIDA, DIFICULDADE NA FLEXÃO DO JOELHO E DO QUADRIL.  
CLAUDICAÇÃO.**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

#### DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

☐ Sem seqüela 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)

#### MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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.

**NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**RN - NATAL, 14/07/2017**

**Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ**

**Dra. Dores M. B. C. Mendes**  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do perito Examinador - CRM

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 no banco.

EU, Alexandre Nascimento da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 003.429.638 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 22/01/2014 E  
CPF 704808659-64 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Autônomo  
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alexandre Nascimento da Silva, 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

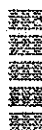
Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2008 N° da CONTA (com dígito, se existir) 81675-3

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

Natal RN, 10 de Agosto de 2014 Alexandre Nascimento da Silva  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0034 - ALECRIM, RN

DATA: 04/08/2017

HORA: 15:09:50

TERMINAL: 1007

NSU: 001900

AUT.: 0110

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000034

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 2008/013/00.081.675-3

NOME: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

DEPOSITANTE:

0 M 00

---



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170338893 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 10/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 29/06/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** ENVIAR O RELATÓRIO DE ALTA DESCREVENDO POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170338893 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 10/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FEMUR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO, SEM COMPLICACOES, COM ALTA MEDICA.  
APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO, FORÇA MUSCULAR DIMINUIDA, DIFICULDADE NA FLEXAO DO JOELHO E DO QUADRIL. CLAUDICACAO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

