

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2015

Carta nº: 8171708

A/C: EDUARDO DE SIQUEIRA ROCHA

Sinistro: 3150964331
Vitima: EDUARDO DE SIQUEIRA ROCHA
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



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: **3150964331 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **EDUARDO DE SIQUEIRA ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST LAGOA DE CARNAUBAL nº 00 - SUL - VICOSA DO CEARA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2006028106830 - SSP**

Data local do exame: **09/12/2015 SOBRAL/CE**

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 CLAVÍCULA ESQUERDA

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 COM IMOBILIZAÇÃO EM OITO. ALTA MÉDICA

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

LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DE OMBRO ESQUERDO

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)

OMBRO ESQUERDO

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(*):

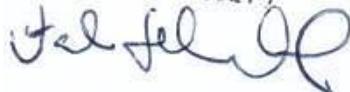
Total = "100% da IS"

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:

CE - SOBRAL, 09/12/2015

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM: 52.63021-7

Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7


Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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, Eduardo de Siqueira RochaPORTADOR(A) DO RG Nº 2006028106830 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 13/10/106 ECPF 047900883-32 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Liquitator

E RENDA MENSAL DE R\$ 450,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eduardo de Siqueira Rocha, 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 aparecem 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), 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) DPVAT/RJ

MBM
SEGURADORA
17 NOV 2015

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1005854-6

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.

Vinícius do Rosário 16 de Outubro de 2015

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ PL

Data 27/10/2015 Hora 11:44
N.Trans 9860 Banco 237 Term 039763
Conta 0000563-0 Valor 1,00
Agencia 0727

Favorecido:
Banco 237
Agencia 727 / VICOSA DO CEARA
Conta 1005854-6

Titular: EDUARDO DE SOUZA RODRIGUES
Nome: LUCILENE MARIA DA SILVA ARAUJO
Tipo/Conta: 00

Via/Cartao 01

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana
Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150964331

Cidade: Viçosa do Ceará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO DE SIQUEIRA ROCHA

Data do acidente: 15/08/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DE OMBRO ESQUERDO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO EM OITO. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

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 completa da mobilidade de um dos ombros	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: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150964331 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO DE SIQUEIRA ROCHA **Data do acidente:** 15/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA(BAM INCONCLUSIVO)

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 %	\$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:

