



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2014

Carta nº: 5225630

A/C: JONATHAN FERREIRA MACEDO

Sinistro: 2014567926
Vítima: JONATHAN FERREIRA MACEDO
Data Acidente: 21/02/2014
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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2014

Carta nº: 5415941

A/C: JONATHAN FERREIRA MACEDO

Sinistro: 2014567926
Vitima: JONATHAN FERREIRA MACEDO
Data Acidente: 21/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2014

Carta nº: 4723932

A/C: JONATHAN FERREIRA MACEDO

Sinistro: 2014567926
Vitima: JONATHAN FERREIRA MACEDO
Data Acidente: 21/02/2014
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, 11 de Setembro de 2014

Carta nº: 5064926

A/C: JONATHAN FERREIRA MACEDO

Sinistro: 2014567926
Vítima: JONATHAN FERREIRA MACEDO
Data Acidente: 21/02/2014
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: JONATHAN FERREIRA MACEDO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 0000017380-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 3.375,00

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





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 no banco.

Eu, JONATHAN FERREIRA MACEDO PORTADOR(A) Do RG/CNH Nº 2009 773502-4, Expedido/Emitida POR SSP/DF, EM 19/03/2014 E CPF/CNPJ: 076.738.743-79, PROFISSÃO Adv. de Defesa, E RENDA MENSAL DE R\$ 250,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA: JONATHAN FERREIRA MACEDO, 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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



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);

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

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA-CORRENTE: _____



CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 - AGÊNCIA: _____ CONTA-POUPANÇA: _____



CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 - AGÊNCIA: _____ CONTA-POUPANÇA: _____



CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 - AGÊNCIA: _____ CONTA-POUPANÇA: _____



CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 - AGÊNCIA: 754 CONTA-POUPANÇA: 16 746-2

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.

Pedro Banch - 17 de Julho de 2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Jonathan Ferreira Macedo

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários cedendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que será pago em caso de 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 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

CONFIANÇA

19 JUL 2014

CIA DE SEGUROS

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

01

02

03

COMPROVANTE

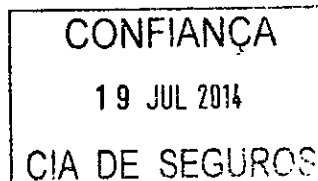
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Conta origem:	3281 / 013 / 000020357-1
Conta destino:	0754 / 013 / 0000016746-2
Nome destinatário:	JONATHAN FERREIRA MACEDO
Valor (R\$):	10,00
Identificação da operação:	DOC
Data de débito:	21/07/2014
Data/hora da operação:	21/07/2014 10:32
Código da operação:	00000854785147
Chave de segurança:	KJGBCOOIUQA96BVR1DS

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

* Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Minha Conta - Transações".



**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

Nome do(a) Examinado(a): Jonathan Ferreira Macedo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Fco Leandro, 75
Padre Geraldo Pedra Branca CE CEP: 63630-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20087735029
Data local do exame: [15/10/2014] Pedra Branca [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 COLUMNA LOMBO-SACRA

- 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.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA

- 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.

LIMITAÇÃO DE LATERALIZAÇÃO, FLEXO-EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO TRONCO

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):

COLUMNA LOMBO-SACRA

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

() 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 d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



**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): Jonathan Ferreira Macedo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Fco Leandro, 75
Padre Geraldo Pedra Branca CE CEP: 63630-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20087735024
Data local do exame: [13/08/2014] Pedra Branca [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)

**TRATAMENTO CIRURGICO COM ARTRODESE DA COLUNA E FISIOTERAPIA PARA FRATURA DA COLUNA LOMBAR.
EVOLUI COM LIMITACAO PARA FLETIR E EXTENDER A COLUNA LOMBAR E DIFICULDADE PARA LEVANTAR PESO.**

- 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.

**TRATAMENTO CIRURGICO COM ARTRODESE DA COLUNA E FISIOTERAPIA PARA FRATURA DA COLUNA LOMBAR.
EVOLUI COM LIMITACAO PARA FLETIR E EXTENDER A COLUNA LOMBAR E DIFICULDADE PARA LEVANTAR PESO.**

- 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.

**TRATAMENTO CIRURGICO COM ARTRODESE DA COLUNA E FISIOTERAPIA PARA FRATURA DA COLUNA LOMBAR.
EVOLUI COM LIMITACAO PARA FLETIR E EXTENDER A COLUNA LOMBAR E DIFICULDADE PARA LEVANTAR PESO.**

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):

COLUNA VERTEBRAL

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

() 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 d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014567926**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JONATHAN FERREIRA
MACEDO**Data do acidente:** 21/02/2014**Emissor do parecer:** GALDINO
LEONARDO**Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE
SEGUROS**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de
Saude Ltda.**CRM do médico:** 9050

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA LOMBAR.**Descrição do exame médico pericial:** EVOLUI COM LIMITAÇÃO PARA FLETIR E EXTENDER A COLUNA LOMBAR E DIFICULDADE PARA LEVANTAR PESO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE DA COLUNA E FISIOTERAPIA PARA FRATURA DA COLUNA LOMBAR.**Sequelas permanentes:** DANO TOTAL EM SEGMENTO LOMBAR**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 13/08/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** GREIVE FREITAS**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25	1	100

Valor avaliado: 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014567926 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATHAN FERREIRA MACEDO **Data do acidente:** 21/02/2014 **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA LOMBO-SACRA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE LATERALIZAÇÃO, FLEXO-EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO TRONCO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: JÁ INDENIZADO A CONTENTO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/10/2014

Conduta mantida: Sim

Observações:

Médico examinador: GREIVE FREITAS

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

