



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9498334

A/C: MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO

Sinistro: 3160423158 ASL-0955210/16  
Vítima: MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO  
Data Acidente: 04/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: REGIA LUCIA CHAVES MARTINS

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: **MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000004382-6**

Conta: **000010010076-7**

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 uma das mãos 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

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**

Nome do(a) Examinado(a): Maria Socorro Lima Monteiro  
Endereço do(a) Examinado(a): St Raposo, S/N  
Zona Rural São João do Jaguaribe CE CEP: 62965-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 52331382  
Data local do exame: [ 29/07/2016 ] Fortaleza [ 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 DO PUNHO ESQUERDO  
TRATAMENTO CIRURGICO PARA OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO E 15ss DE FISIOTERAPIA.**

- 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.

**LIMITACAO IMPORTANTE PARA MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO, DIFICULDADE PARA FUNCAO DE PREENSAO PALMAR ESQUERDA, DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DA MAO ESQUERDA.**

Data da alta: JUN DE 2016

**TRATAMENTO CIRURGICO PARA OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO E 15ss DE FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NAO HA COMPLICACAO**

- 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.

**LIMITACAO IMPORTANTE PARA MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO, DIFICULDADE PARA FUNCAO DE PREENSAO PALMAR ESQUERDA, DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DA MAO ESQUERDA.**

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):

**Mão - Lado 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):

% 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

  
Médico - CRM 8133  
CPF: 549.070.043-20



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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.

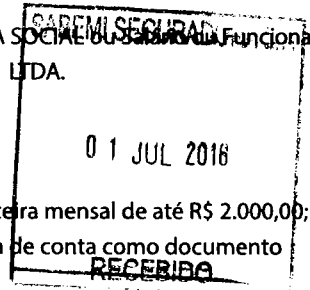
EU, MARIA SOCORRO LIMA MONTEIROPORTADOR(A) DO RG Nº 523313 - 82 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 21/09/1982 ECPF 771793073-00 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO REUSOU-SE

E RENDA MENSAL DE R\$ REUSOU-SE (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO, 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 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 Lotéticas 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4382-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) JO. 076 - 5

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.

SÃO JOÃO DO HAMARÉ, 02 de JUNHO de 2016

LOCAL E DATA

X Maria Socorro Lima Monteiro

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.

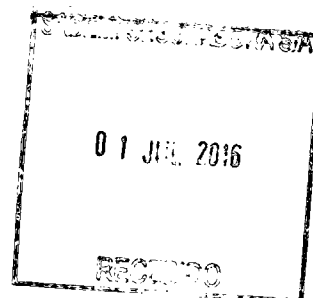
08/03/2016 BANCO DO BRASIL 09:31:00  
438212513 COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM FOLHA PARÇA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARIA S LIMA MONTEIRO  
AGENCIA: 4382 6 CONTA: 10.076 5 VAR: 01

DATA	08/03/2016
NR. DOCUMENTO	1.251.000.000
VALOR DINHEIRO	10,00
VALOR TOTAL	10,00
NR. AUTENTICAÇÃO	0.000.000.000.000

Creditos a partir de 01/01/2012 estão  
disciplinados pela MP. 567/2012.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160423158 **Cidade:** Jaguaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO **Data do acidente:** 04/01/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE  
COMPANHIA DE SEG

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO E 15ss DE FISIOTERAPIA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO E 15ss DE FISIOTERAPIA.  
NÃO HÁ COMPLICAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/07/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joaquim Freitas Diogo

**CRM do médico:** 8133

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## 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:**



## 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:

02/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04382-6

CONTA: 000010010076-7

Nr. da Autenticação A6DFA0D2B03BEC25