

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2016

Carta nº: 8809922

A/C: EUZA SILVESTRE

Sinistro: 3160177837
Vitima: EUZA SILVESTRE
Data Acidente: 01/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2016

Carta nº: 9041086

A/C: EUZA SILVESTRE

Sinistro: 3160177837 ASL-0129252/16
Vítima: EUZA SILVESTRE
Data Acidente: 01/11/2015
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, 24 de Maio de 2016

Carta nº: 9121038

A/C: EUZA SILVESTRE

Sinistro: 3160177837 ASL-0129252/16
Vítima: EUZA SILVESTRE
Data Acidente: 01/11/2015
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: **EUZA SILVESTRE**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **000008351-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|--------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 945,00 |

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

| | | |
|--|-----|--------|
| Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = | R\$ | 945,00 |
|--|-----|--------|

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





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, Luiza Silvestre
 PORTADOR(A) DO RG Nº 29.594.879-8 EXPEDIDO POR SSP/RJ EM 19/06/2012
 CPF 468438584-99 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO não informada
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

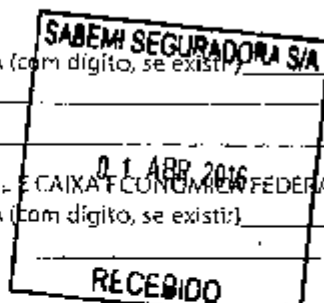
IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3518 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8357-4



DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA ITULARIDADE. 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.

Outob 04 de Junho de 2016 + Luiza Silvestre
 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUÍ
COMPROVANTE DE DEPOSITO
02/03/2016 HORA: 08:03:25
DATA EFETIVAÇÃO 02/03
CONVENIO 000112585
OPERADOR 00011147
AGENCIA: 3518
CONTA 013 00008351-4
NOME EUZA SILVESTRE

VALOR 20.00

COD. OPERAÇÃO 176917480

DISQUE CAIXA 0800 726 7474

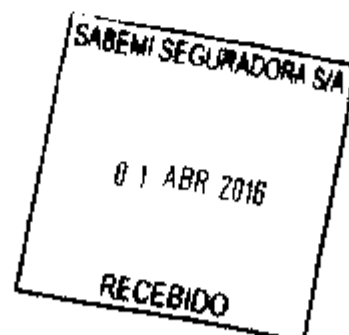
0101 OLIVIO
RIA - 0800 726 7474

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 726 7474

caixa.gov.br



**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): Euza Silvestre
Endereço do(a) Examinado(a): Jose Cidalino de Almeida, 487 000
Tancredo Neves Catolé do Rocha PB CEP: 58884-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 295948798
Data local do exame: [13/05/2016] Cajazeiras [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)

Extenso ferimento com perda de tecido e exposição óssea na perna esquerda.

Presença de extensa cicatriz queloidiana com pontos de depressão cutânea. localizadas na face anterior da perna direita e panturrilha esquerda. Presença de edema residual no tornozelo esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Paciente apresenta marcha claudicante.

- 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.

Paciente deu entrada na emergência do hospital de origem tendo sido transferida par ao hospital de referencia e Realizou internamento e tratamento com limpeza cirúrgica e sutura dos ferimentos do com perda de tecido e exposição óssea na perna esquerda. Recebeu alta.

Data da alta: 01/2016.

Realizou internamento e tratamento com limpeza cirúrgica e sutura dos ferimentos do com perda de tecido e exposição óssea na perna esquerda. Presença de extensa cicatriz queloidiana com pontos de depressão cutânea. localizadas na face anterior da perna direita e panturrilha esquerda. Presença de edema residual no tornozelo esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Paciente apresenta marcha claudicante.

Complicações: Sem complicações.

- 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.

Presença de extensa cicatriz queloidiana com pontos de depressão cutânea. localizadas na face anterior da perna direita e panturrilha esquerda. Presença de edema residual no tornozelo esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Paciente apresenta marcha claudicante.

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 inferior - Lado Esquerdo

% do dano: (X) 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

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


Dr. José Gerardo V. Matos
Médico | CRM - 3216
CPF: 073.762.353-53

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160177837

Cidade: Catolé do Rocha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EUZA SILVESTRE

Data do acidente: 01/11/2015

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Extenso ferimento com perda de tecido e exposição óssea na perna esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Presença de extensa cicatriz queloidiana com pontos de depressão cutânea. localizadas na face anterior da perna direita e panturrilha esquerda. Presença de edema residual no tornozelo esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Paciente apresenta marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Realizou internamento e tratamento com limpeza cirúrgica e sutura dos ferimentos do com perda de tecido e exposição óssea na perna esquerda. Presença de extensa cicatriz queloidiana com pontos de depressão cutânea. localizadas na face anterior da perna direita e panturrilha esquerda. Presença de edema residual no tornozelo esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Paciente apresenta marcha claudicante. Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional residual do MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Gerardo Vale Matos

CRM do médico: 3216

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 um dos membros inferiores | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| Total | | | 7 % | R\$ 945,00 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

