



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. Recomendamos o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ikaro Mathus Lopes Ferreira EM 13/05/1993 E
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3972776 EXPEDIDO POR SSP/PB
 CPF 102345824-65 /CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000. PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ — (•) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a vítima 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 consultar o 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT (cartão de regulação do sinistro regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo, junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodatransito.com.br

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 41421-9

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.

LOCAL E DATA



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 do até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Sena 28 de maio de 2015 Ikaro Mathus Lopes Ferreira

Caixa Econômica Federal

SAC 0800 725 0101

OUVIDORIA 0800 725 7474

OUVIDORIA 0800 725 7474

139-480772218-1

19/Mai/2015

HORA DE 14:37:55

TERM: 030160

LOT: 13.19478-0

LOCALIDADE: SOUSA

AG. VINCULADA: 0558

CONTROLE: 966862501

DEPOSITO EM DINHEIRO

0558 013 00041421-9

IKARO MATHIEUS LOPES FERREIRA

VALOR

10.00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

139-480772218-1

VIA DO CLIENTE

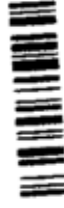
INVESTPREV

30 JUN 2015



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
 3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
 19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
 2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA/PB - GABINETE TITULAR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 319/2015**

Versando Sobre: Acidente de trânsito (Informativo).

Data e Hora do fato: 23/11/2013 por volta das 22h00min.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 08h57min, do dia 17/04/2015.

Local do ocorrido: Bairro: Estação, Sousa/PB.

O(A)COMUNICANTE: ÍKARO MATHEUS LOPES FERREIRA, Alcunha: "Íkaro",
Nacionalidade: brasileiro (a), **Naturalidade:** Campina Grande/PB, **Estado Civil:** solteiro, **Grau de Instrução:** alfabetizado, **Profissão:** estudante, **Idade:** 17 anos, **Data de Nascimento:** 18/05/1997, **RG:** Prejudicado, **CPF:** Prejudicado, **Filiação:** Francisco Pereira da Silva e de Francineide Lopes Ferreira, **Residente no (a):** Rua Nossa Senhora do Rosário, nº 32, Bairro: Estação, Sousa/PB. **Contato:** (83) 8129-2653.

VÍTIMA: O (A) COMUNICANTE.

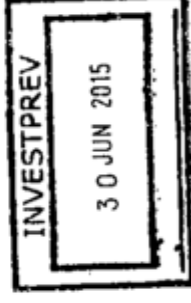
ACUSADO(A) OU REFERÊNCIA: PREJUDICADO.

HISTÓRICO: QUE, em data de 23/11/2013 por volta das 22h00min, o declarante conduzia sua moto Honda/CG 150 TITAN KS, ano: 2004 e modelo: 2005, placa: MNU-0159/PB, cor: azul, em nome de Francisco Ferreira da Silva (CPF/CNPJ nº 768.793.134-34), pelo Bairro: Estação, Sousa/PB, quando em determinado momento o declarante veio a colidir em uma outro veículo do tipo carro; QUE, após a colisão, o declarante foi socorrido por populares e em seguida encaminhado até o Hospital Regional de Sousa/PB. **Declaro ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.**

AUTORIDADE POLICIAL: Dr. Francisco Cláudio Beserra

COMUNICANTE: Íkaro Matheus Lopes Ferreira

RESPONSÁVEL (GENITOR): Francisco Ferreira






GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA/PB - GABINETE TITULAR

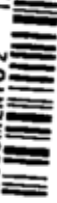
ESCRIVÃO

:


Cássio Francisco Silva Beserra
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 168.347-1

INVESTPREV

30 JUN 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Théo Mathews Lopes Ferreira, portador da carteira de identidade nº 38322776 e inscrito no CPF/MF sob o nº 602.745.824-65, residente e domiciliado na Rua Nona Senhora do Rosário, 32, Cidade Ipuaçu, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder OPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

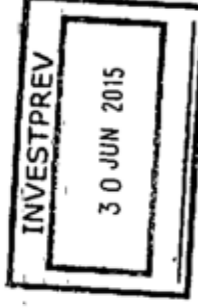
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de Impugnã-la, caso discorde do seu conteúdo.

Théo Mathews Lopes Ferreira

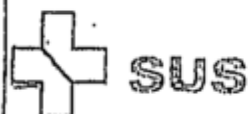
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ipuaçu 28/05/15

Local e data



ATO RECIBATO Pto



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CNPJ/CPF 08.778.268/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRANTES

ENDEREÇO: Rua José Facundo de Lira, 433 CEP: 58.802-180

MUNICÍPIO SOUSA ESTADO: Paraíba UF 25

PACIENTE:

NOME: Karo Mathew Lopes Ferreira

SEXO: M IDADE: 16 anos DATA DE NASCIMENTO: 08/05/97

DOCUMENTO: RG: PROFISSÃO: Estudante

END: Rua Norm Senhora do Rosário 32

MUNICÍPIO: Sousa UF: PB CEP:

DATA DO ATENDIMENTO: 23/11/13 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 25.16.20

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Vítima de queda de moto com
politraumatisms

DIAGNÓSTICOS REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

Px. de esquerda

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

DIAGNÓSTICO / CID:

politraumatisms

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

INDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01 - PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNO
☐ 02 - APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - Carimbo(s)

Dr. Marco Antônio de Aguiar
Cirurgião Geral
CRM 35.568 CRMCE 10029

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLÍCIA DE DIREITO

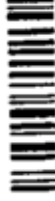
Karo Mathew Lopes Ferreira

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

INVESTPREV

30 JUN 2015



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marco Mathias Lopes FerreiraRG nº 3972776, data de expedição 13/04/88, Órgão SP/12

CPF nº 602745824-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

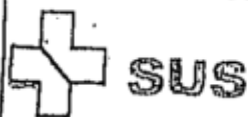
Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Rua Nona Senhora do Rosário</u>
Número	<u>32</u>
Apto / Complemento	<u>4</u>
Bairro	<u>Estação</u>
Cidade	<u>Guara</u>
Estado	<u>SP</u>
CEP	<u>58803-540</u>
Telefone de Contato	<u>(183) 9654-0052 ou (183) 8881-8197</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guara 28/05/15Assinatura do Declarante: Marco Mathias Lopes Ferreira

INVESTPREV

30 JUN 2015



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476

CNPJ/CPF 08.778.268/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRANTES

ENDEREÇO: Rua José Facundo de Lira, 433 CEP: 58.802-180

MUNICÍPIO SOUSA

ESTADO: Paraíba

UF 25

PACIENTE:

NOME: Karo Mathew Loops Ferreira

SEXO: M

IDADE: 16 anos

DATA DE NASCIMENTO: 08.05.97

DOCUMENTO: RG:

PROFISSÃO: Estudante

END: Rua Nossa Senhora do Rosário 32

MUNICÍPIO: Sousa

UF: PB CEP:

DATA DO ATENDIMENTO: 23/11/13 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 25.96.20

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

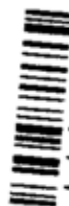
Vítima de queda de moto com
politraumatismo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

Rx - vt esquerdo

DOCUMENTOS "TS9"



MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01 - PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNO
☐ 02 - APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - Carimbo(s)

Dr. Marco Antônio de Aquino
Cirurgião Geral
CRM 10.128, CRMCE 10029

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

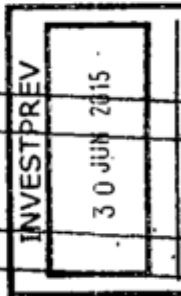
Karo Mathew Loops Ferreira

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

DIAGNÓSTICO / CID:

politraumatismo



INVESTPREV
30 JUN 2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL -

REGISTRO GERAL

NOME MATHEUS LOPES FERREIRA

FILIA FRANCISCO FERREIRA DA SILVA
FRANCINEIDE LOPES FERREIRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

CAMPINA GRANDE-PB

NASC. N. 71.964-FLS. 72 LIV. A/64

CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB

CPF 102.745.824-65

DATA DE NASCIMENTO 18/05/1997

ASSINATURA [assinatura] Data: Aracaju de 27/11/97
Ode Euzébio de Mend. CM e SH

Lei Nº 7.115 DE 29/09/83

Ação Pessoa - PB

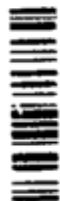
<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p>	<p>ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA-CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</p>	<div data-bbox="1117 512 1326 697"> </div> <div data-bbox="1117 697 1326 1019"> </div>	<p>ASSINATURA DO TITULAR</p> <p><i>Alvaro Machado Pereira Figueiredo</i></p> <p>CARTEIRA DE IDENTIDADE</p>
---------------------------------------	--	--	---

INVESTPREV

30 JUN 2015

DOCUMENTO 6 "T60%"





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

N 010099648552

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

7687993434

NOVO

PB

3C2KE070P201024P

MOTOR: 1.800 APPLIC

E.MARCA: CHEVROLET

P/140 /CI

PARTIC

AZUL

I P V A	IPVA PAGO EM	17/10/2011	1°
	*****	0	2°
			3°

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
 NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DETRAN - PB

7687993434

3C2KE070P201024P

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESSADA
 TRANSPORTADA OU RABO SEGURO DPVAT

PBNº 010099648552 BILHETE DE SEGURO DPVAT

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 010099648552

PRÊMIO TARIFARIO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

054-085754-20121025

210-2012

INVESTPREV

30 JUN 2015

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2015

Carta nº: 7270975

A/C: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA

Sinistro: 3150569699
Vitima: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA
Data Acidente: 23/11/2013
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 Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2015

Carta nº: 7373051

A/C: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA

Sinistro: 3150569699
Vítima: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA
Data Acidente: 23/11/2013
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.

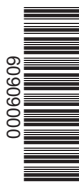
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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, 04 de Agosto de 2015

Carta nº: 7543427

A/C: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA

Sinistro: 3150569699
Vítima: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA
Data Acidente: 23/11/2013
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: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000041421-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150569699

Cidade: Sousa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA

Data do acidente: 23/11/2013

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

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 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

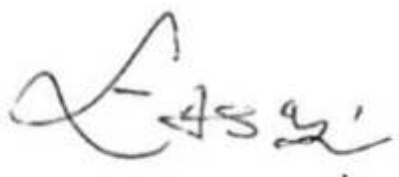
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150569699 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA **Data do acidente:** 23/11/2013 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Entorse no pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima relata não poder usar calçado fechado devido ao edema e a dores. Ao exame: encontra-se com marcha um pouco claudicante, tem edema no dorso do pé esquerdo, diminuição da força do mesmo e há dificuldade no apoio unipodal.

Resultados terapêuticos: Foi tratado com aparelho gessado por 45 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

UF do CRM do médico: PB

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

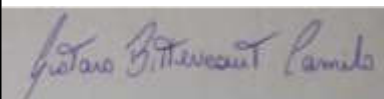
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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): **IKARO MATHEUS LOPES FERREIRA** Sinistro: **3150569699** Data: **23/11/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NOSSA SENHORA DO ROSARIO, 32 - ESTAÇÃO - Sousa - PB - CEP 58806-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **3972776**

Data local do exame: [**17/07/2015**] **Pombal** [**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)
Entorse no pé esquerdo. Vítima relata não poder usar calçado fechado devido ao edema e a dores. Ao exame: encontra-se com marcha um pouco claudicante, tem edema no dorso do pé esquerdo, diminuição da força do mesmo e há dificuldade no apoio unipodal.

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.
Foi tratado com aparelho gessado por 45 dias.

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 funcional do pé esquerdo

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):

Pé 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.


Dr. João Merez B. de Sousa
Tit. Esp. Abremet N° 2223
CRM 5401
Médico do Trabalho

João Merez Bandeira de Sousa - CRM: 5401 - PB