



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta nº: 5307639

A/C: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO

Sinistro: 2014846823
Vitima: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO
Data Acidente: 19/03/2013
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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2014

Carta nº: 5369579

A/C: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO

Sinistro: 2014846823
Vítima: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO
Data Acidente: 19/03/2013
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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2014

Carta nº: 5369579

A/C: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO

Sinistro: 2014846823
Vítima: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO
Data Acidente: 19/03/2013
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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2014

Carta n°: 5533699

A/C: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO

Sinistro: 2014846823
Vitima: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO
Data Acidente: 19/03/2013
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: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005302-3

Conta: 000001000196-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

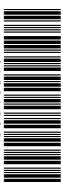
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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



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: **2014846823 - 1**Nome do(a) Examinado(a): **RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO**Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MILTON PEREIRA nº 68 - VL ESPERANCA - ACOPIARA/CE**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003034033276 - SSP**Data local do exame: **21/10/2014 JUAZEIRO DO NORTE/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)

LUXAÇÃO DE QUADRIL D

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.

REDUÇÃO + FIXAÇÃO CIRÚRGICA DA LUXAÇÃO DE QUADRIL D COM TRAÇÃO TRANSQUELÉTICA (12 DIAS)

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.

DOR , ATROFIA DA COXA D, DORMÊNCIA , DEFICIT DA FLEXO-EXTENSÃO COXO-FEMURAL D

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 permanenteEsta 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)

QUADRIL D 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 - JUAZEIRO DO NORTE, 21/10/2014**Médico Perito: GUSTAVO DE OLIVEIRA CAMOCARDI CRM: 52663824**

Dr. Gustavo O. Camocardi
Médico
CRM-52.66382-4
CPF 037.994.697132

Assinatura do perito Examinador - CRM



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, RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO, PORTADOR(A) DA RG Nº 2003034033276 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 20/05/2003 E CPF 008.330.244-18 /CNPJ _____, PROFISSÃO Motorista E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO, 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 proibição 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, entre outros, documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! 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 (ACEITA CONTA DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR – CONTA-CORRENTE _____)

() CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 AGENCIA 5302-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR – CONTA-POUPANÇA _____)

() CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR – CONTA-POUPANÇA _____)

() CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR – CONTA-POUPANÇA _____)

() CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL

BANCO 104 AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR – CONTA-POUPANÇA _____)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA 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.

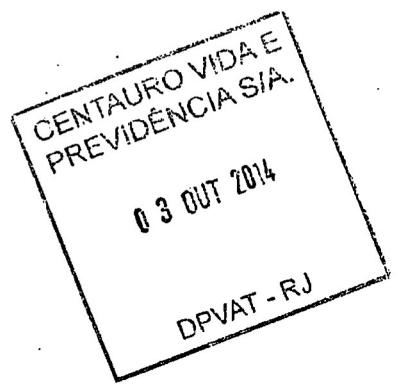
LOCAL: IGUATU/CE DATA: 10/02/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A): Rubens Eusebio de Araujo

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários), 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 seguros prevista na lei 11.945/2009); e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05302-3

CONTA: 00001000196-0

Nr. Autenticação

BRADESCO27102014050000000002370530200001000196168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014846823 **Cidade:** Acopiara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUBENS EUSEBIO DE ARAUJO **Data do acidente:** 19/03/2013 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL D

Descrição do exame médico pericial: DOR , ATROFIA DA COXA D, DORMÊNCIA , DEFICIT DA FLEXO-EXTENSÃO COXO-FEMURAL D

Resultados terapêuticos: REDUÇÃO + FIXAÇÃO CIRÚRGICA DA LUXAÇÃO DE QUADRIL D COM TRAÇÃO TRANSSESQUELÉTICA (12 DIAS)

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO DE OLIVEIRA CAMOCARDI

CRM do médico: 52663824

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 quadril	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: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

