



Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2016

Carta n°: 9812497

A/C: JULIEDSON RODRIGUES BESERRA

**Sinistro:** 3160496422 ASL-0969897/16  
**Vitima:** JULIEDSON RODRIGUES BESERRA  
**Data Acidente:** 13/04/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SUELY LIMA DA SILVA

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **27/09/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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 MBM 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2016

Carta n°: 9975719

A/C: JULIEDSON RODRIGUES BESERRA

Sinistro: 3160496422 ASL-0969897/16  
Vitima: JULIEDSON RODRIGUES BESERRA  
Data Acidente: 13/04/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: SUELY LIMA DA SILVA

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: JULIEDSON RODRIGUES BESERRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000001060-X

Conta: 000010017405-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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





Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2016

Carta nº: 9561416

A/C: JULIEDSON RODRIGUES BESERRA

**Sinistro:** 3160496422 ASL-0969897/16  
**Vitima:** JULIEDSON RODRIGUES BESERRA  
**Data Acidente:** 13/04/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SUELY LIMA DA SILVA

**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](http://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](http://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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9577257

A/C: JULIEDSON RODRIGUES BESERRA

**Sinistro:** 3160496422 ASL-0969897/16  
**Vítima:** JULIEDSON RODRIGUES BESERRA  
**Data Acidente:** 13/04/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SUELY LIMA DA SILVA

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](http://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**





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº: 9733211

A/C: JULIEDSON RODRIGUES BESERRA

**Sinistro:** 3160496422 ASL-0969897/16  
**Vítima:** JULIEDSON RODRIGUES BESERRA  
**Data Acidente:** 13/04/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SUELY LIMA DA SILVA

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](http://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**





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

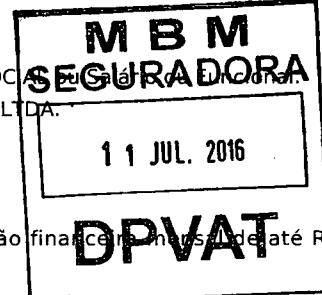
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **JULIEDSON RODRIGUES BESSERA**, PORTADOR(A) DO RG Nº **CNH06434732780** EXPEDIDO POR **DETRAN-PE** EM **13/08/2015** E CPF **093.385.304-18**, PROFISSÃO **AGRICULTOR**, E RENDA MENSAL DE **R\$ 500,00** (\*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **JULIEDSON RODRIGUES BESSERA**, 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;
- 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 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](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 **1** Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) **1060-x** Nº DA CONTA (com dígito, se existir) **17405-X**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Salvador-PE, 10 de Agosto de 2016  
LOCAL E DATA

Juliedson Rodrigues Bessera  
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 médicos-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.

02/12/2015 - BANCO DO BRASIL - 16.19,00  
024670874 0881

OUVIDORIA BB 0800 729 5678  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: UILTON BELO DA SILVA

AGENCIA: 1112-6 CONTA: 22.111-2 VAR:51/01  
INFORMACOES DO DEBITO:  
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 51

VALOR TOTAL

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

CLIENTE: JULIEDSON RODRIGUES BESER

AGENCIA: 1060-X CONTA: 17.405-X  
VARIACAO DA POUPANCA 51  
NR. DOCUMENTO 221.060.510.017.405  
NR. AUTENTICACAO B.567.8DE.542.591.345

Créditos a partir de 04/05/2012 estão  
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



**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): Juliedson Rodrigues Beserra  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Benjamim Constante, 18  
Centro Flores PE CEP: 56850-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8496916  
Data local do exame: [ 27/09/2016 ] Serra Talhada [ PE ]

**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 terceiro pododáctilo `a direita.**

**Ao exame físico apresenta rigidez articular com diminuição da amplitude de seus movimentos.**

- 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.

**Evolui com dor em dedo acometido**

**Data da alta: 13/04/2016**

**Imobilização externa e analgesia.**

**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.

**Limitação de movimentos de dedo acometido.**

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

"Sem sequela permanente"

(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):

**3º Dedo do Pé - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve

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

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

% 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

  
Antonio Djalma de Sousa Júnior  
CRM-PE 19250  
CRM-PB 9446  
CPF: 045.146.304-89

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160496422      **Cidade:** Flores      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIEDSON RODRIGUES BESERRA      **Data do acidente:** 13/04/2015      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de terceiro pododáctilo à direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico apresenta rigidez articular com diminuição da amplitude de seus movimentos.

**Resultados terapêuticos:** Imobilização externa e analgesia.

Sem complicações.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do 3º dedo do pé direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/09/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Antonio Djalma de Sousa Junior

**CRM do médico:** 019250

**UF do CRM do médico:** PE

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**