

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2017

Carta nº: 11394857

A/C: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170408127 ASL-0283212/17

Vítima: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Data Acidente: 07/08/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: OLIVEIRA FERREIRA 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12086182

A/C: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Nº Sinistro: 3170408127  
Vítima: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ  
Data do Acidente: 07/08/2014  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: OLIVEIRA FERREIRA 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: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000687-4

Conta: 0000004782-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



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, DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007699747-7 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 28/09/2010  
 CPF 574937743-15 /CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO ABRIGUADO  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ, 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:

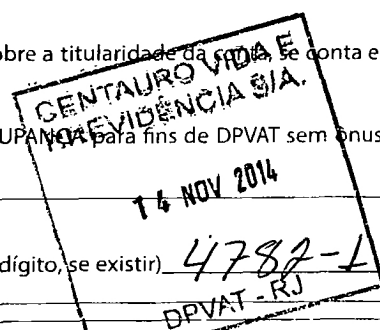
- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta e se conta empresa 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 o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0687-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4782-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 LOCAL E DATA

DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ  
 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.



Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
FRANCISCO GEORGIO CAVALCANTE SAMPAIO ME  
RUA ALFREDO TERCEIRO 665  
Term. Net-Iso 00026984 Data 29/10/2014  
Data: 29/10/2014 Hora de Brasília: 09:16

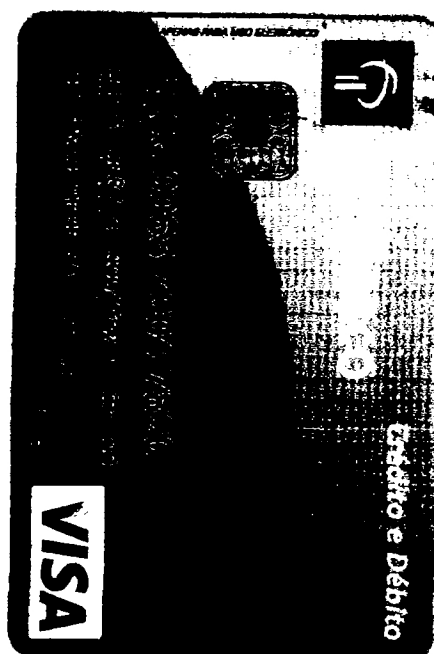
XXXX SALDO CONTA FACIL XXXX

DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ  
Agencia: 00682 Conta: 0000000004782-1

TOTAL DISPONIVEL	9.73
SALDO TOTAL	9.73
SALDO DISP. P/INVEST.	9.73

LIMITES DE CREDITO

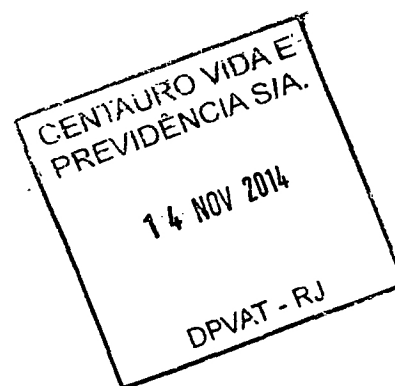
LIMITE EM CONTA	490.00
LIMITE UTILIZADO	0.00
LIMITE A UTILIZAR	490.00
CREDITO PESSOAL	1.290.00
TX CHQ ESP.:	9.74% A.M. 205.38% A.A.
UCTO.:	08/12/2014



Ag. Bradesco : 682 - BOA VIAGEM  
Corresp. Banc.: 072 - GRANDES DATAS  
NSU: 023982558802 Autenticacao: 988912

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

NSU Rede: 549701 Hora Rede: 09:16:29



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**


**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**


Nome do(a) Examinado(a): Deusimar Pereira da Cruz  
Endereço do(a) Examinado(a): R Deoclecio Ramalho, 10  
At do Moto Boa Viagem CE CEP: 63870-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20076997477  
Data local do exame: [ 06/12/2017 ] Boa Viagem [ 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 TORNOZELO DIREITO.  
MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.**
- 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.  
**ATENDIDO NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM, ONDE FOI IMOBILIZADO E LIBERADO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.  
Data da alta: DEZEMBRO DE 2014.  
QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.  
Complicações: SEM.**
- 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.  
**DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO DIREITO, PELO EDEMA RESIDUAL, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.**  
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”<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i>       | ( ) “Sem sequela permanente”<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) “Exame não permite conclusão”<br><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>TORNOZELO - Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>( X ) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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. Andre de Oliveira Leal**  
CPF - 029.258.907-76  
CRM/CE - 16566



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

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

CLIENTE: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00687-4

CONTA: 000000004782-1

Nr. Autenticação

BRADESCO0812201705000000000023700687000000004782253125 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170408127 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ **Data do acidente:** 07/08/2014 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PERNA DIREITA, TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, COTOVELO DIREITO E OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170408127 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ **Data do acidente:** 07/08/2014 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

