
Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO FABIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170639605

Vitima: FRANCISCO FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 18/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170639605**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

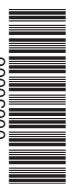
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Carta n°: 12514012

A/C: FRANCISCO FABIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170639605
Vitima: FRANCISCO FABIO DA SILVA
Data do Acidente: 18/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: FRANCISCO FABIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000000984-9

Conta: 000010024618-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

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.seguradoralider.com.br.

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, FRANCISCO MÁRCIO DE SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.727.160

EXPEDIDO POR SESS /RN

EM 10/08/05 E

CPF **015298824-60** /CNPJ **00000000-0000-00**, PROFISSÃO **AGRICULTOR**
E RENDA MENSAL DE R\$ **_____** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **FRANCISCO Fábio Silva**, 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento

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 (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

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

BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • **CONTA-POUPANÇA** _____

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGENCIA 001 (INCLUA O DÍGITO VERDE)

BANCO 001 • AGENCIA 001 (INCLUIA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 27.613-2

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR)

BANCO 341 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA POUPO/AN

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

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA 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

LOCAL S. P. POTENGI/RN DATA 14/11/17

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**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

Número do Sinistro: 3170639605
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Fabio da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Liberdade, 599
Novo Juremal Sao Paulo do Potengi RN CEP: 59460-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002727160
Data local do acidente: [18/02/2017]
Data local do exame: [06/03/2018] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA AO NÍVEL DA F1.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO EM FRATURA DE 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, FEZ FISIOTERAPIAS.
Complicações: NÃO APRESENTOU.
Data da Alta: 13/09/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA DEFORMIDADE FIXA EM FLEXÃO EM REGIÃO DE IFP DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO, NÃO CONSEGUE FLEXÃO COMPLETA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ AO NÍVEL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DA ADM.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. 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"

"Sem sequela permanente"

Esta 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)

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 DA MÃO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) 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

Urai de Oliveira

DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FABIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00984-9

CONTA: 000010024618-4

Nr. da Autenticação D032551A32793427

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170639605 **Cidade:** São Paulo do Potengi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FABIO DA SILVA **Data do acidente:** 18/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jorge Alberto C de Souza".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170639605 **Cidade:** São Paulo do Potengi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FABIO DA SILVA **Data do acidente:** 18/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA AO NÍVEL DA F1.

Descrição do exame APRESENTA DEFORMIDADE FIXA EM FLEXÃO EM REGIÃO DE IFP DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO, NÃO CONSEGUE
médico pericial: FLEXÃO COMPLETA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: DATA DA ALTA: 13/09/2017
REALIZADO TRATAMENTO EM FRATURA DE 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, FEZ FISIOTERAPIAS.
RESULTADOS LIMITADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º DEDO DA MÃO
ESQUERDA.
COMPLICAÇÕES: NÃO APRESENTOU.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO 3º DEDO DA MÃO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: URAI DE OLIVEIRA

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: