

---

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2017

Carta nº: 11568709

A/C: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170467839 ASL-0329638/17

**Vitima:** VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

**Data Acidente:** 03/10/2016

**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.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2017

Carta n°: 11660351

A/C: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170467839 ASL-0329638/17  
Vitima: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS  
Data Acidente: 03/10/2016  
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: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 00000126978-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINIS



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

24 AGO 2017

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, VALTERIANO DE OLIVEIRA SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 3.467.254-0 EXPEDIDO POR SSP/SC EM 07/03/2017CPF 020219205-22 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO 

E RENDA MENSAL DE R\$ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VALTERIANO DE OLIVEIRA SANTOS. 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 ou Salário ou Funcional;
- 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 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0563 N° da CONTA (com dígito, se existir) 326 773-2

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0563 N° da CONTA (com dígito, se existir) 326 773-2

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

STRABIANA - 11 de AGO 2017 Valterian de oliveira Santos  
SF LOCAL E DATA

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.

24 AGO 2017



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 00000126978-2

---

Nr. da Autenticação 2D66CF7E1EB00BE8

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3170467839 Cidade: Itabaiana Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS Data do acidente: 03/10/2016 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 02/09/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO, OTORRAGIA À DIREITA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170467839      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS      **Data do acidente:** 03/10/2016      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ABERTA E FRAGMENTADA DA TÍBIA E DA FÍBULA, À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS. PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE LATERAL E ANTERIOR DA Perna, TÍBIA ARQUEADA, TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE PROXIMAL E DISTAL DA TÍBIA (CALOS ÓSSEOS), HIPOTROFIA MUSCULAR SEVERA, FORÇA MUSCULAR DA Perna E DO PÉ DIMINUÍDAS, EDEMA E RIGIDEZ NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PARCIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO HOMOLATERAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 06 MESES. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. ADMITIDO NO HOSPITAL EM 03/10/2016 E RECEBEU ALTA NO DIA 11/10/2016.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

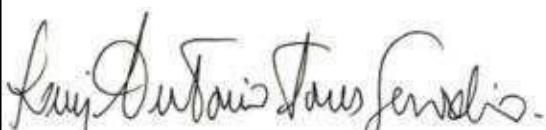
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**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): **VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS** Sinistro: **3170467839** Data: **03/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **POVOADO MATAPOA, S/N - AREA RURAL - Itabaiana - SE - CEP 49500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SE** ] **3.467.254-0**

Data local do exame: [ **06/09/2017** ] **Aracaju** [ **SE** ]

**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 ABERTA E FRAGMENTADA DA TÍBIA E DA FÍBULA, À DIREITA. A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE (+++/++) COM APOIO DE MULETAS. PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE LATERAL E ANTERIOR DA Perna, TÍBIA ARQUEADA, TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE PROXIMAL E DISTAL DA TÍBIA (CALOS ÓSSEOS), HIPOTROFIA MUSCULAR SEVERA, FORÇA MUSCULAR DA Perna E DO PÉ DIMINUIDAS, EDEMA E RIGIDEZ NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PARCIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO HOMOLATERAL.**

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.  
**TRATAMENTO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 06 MESES. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. ADMITIDO NO HOSPITAL EM 03/10/2016 E RECEBEU ALTA NO DIA 11/10/2016.**

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 membro inferior direito**

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):  
**Membro inferior direito**

% do dano: (    ) 10% residual (    ) 25% leve  
( **X** ) 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.

*Manoel Otacílio Nascimento Júnior*  
NOME: Manoel Otacílio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE