

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS**

Nº Sinistro: **3170635398**

Vitima: **ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS**

Data do Acidente: **26/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170635398**.

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

Carta nº 12056823



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12240946

A/C: ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS

Nº Sinistro: 3170635398
Vítima: ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS
Data do Acidente: 26/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

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: **ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000586-0**

Conta: **0000035379-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

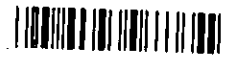
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

067.490.694-28

Nome completo da vítima

ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS		CPF titular da conta	067.490.694-28	Profissão	AGRICULTOR	
Endereço	RUA DO COMÉRCIO PROJETO		Número	560	Complemento	CASA	
Bairro	CAIÇARINHA PENHA	Cidade	SENA FALHADA	Estado	PE	CEP	56900-000
Email						Telefone (DDD)	87.99998-1432

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☒ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRQ.

D/V

CONTA

NRQ.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRQ.

AGÊNCIA

NRQ.

D/V

CONTA

NRQ.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SENA FALHADA PE 20 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Orlando Pedro de Lima Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

142536
Senha



Correspondente do Banco Bradesco S.A.
ADALTO CARVALHO PRODUTOS FARMAC LTDA
R ENOCK I DE OLIVEIRA N. 652
Term: Net-Isa 00010558 Data 25/09/2017
Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac.: 00586 - SERRA TALHADA
PACB : 026 - FARMACIA TUPAN

Agencia : 00586-SERRA TALHADA
Conta : 000000035329-5
Nome : ORLANDO PEDRO DE LIMA
SANTOS
Data : 25/09/2017
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesao ao Programa de Beneficios II

NSU BANCO: 028170326631
HORA : 09:50:06

Sujeito a Confirmacao do Banco

• OUBDORTA BRADESCO
0800 722 9933

NSU Rede: 999194 Hora Rede: 09:50:04

EXCELSIOR SEGUROS
29 NOV 2017
SEGURADORA

**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): Orlando Pedro de Lima Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projeto Caicarinha da Penha, 560
Centro Serra Talhada PE CEP: 56903-240
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7812610
Data local do exame: [08/01/2018] 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 CLAVÍCULA ESQUERDA
LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**
- 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.
EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
Data da alta: 02/09/2017
TRATAMENTO CIRÚRGICO
LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
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.
D[EFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO
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” () “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)
() “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): |
| OMBRO - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual (X) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 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


Dr. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CREMEPE 19340/CRM-PB 8607

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635398 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635398 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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:

