

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ADEMIR TOSCANO DE BRITO

Nº Sinistro: 3180191256

Vitima: ADEMIR TOSCANO DE BRITO

Data do Acidente: 04/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180191256**.

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.

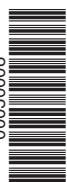
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

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, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ADEMIR TOSCANO DE BRITO

Nº Sinistro: 3180191256

Vitima: ADEMIR TOSCANO DE BRITO

Data do Acidente: 04/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180191256**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 02 de Agosto de 2018

Carta n°: 13177873

A/C: ADEMIR TOSCANO DE BRITO

Nº Sinistro: 3180191256
Vitima: ADEMIR TOSCANO DE BRITO
Data do Acidente: 04/06/2017
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: ADEMIR TOSCANO DE BRITO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001681-0

Conta: 0000019536-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

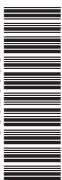
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180191256 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMIR TOSCANO DE BRITO **Data do acidente:** 04/06/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO; TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MODERADA DE PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 50%

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

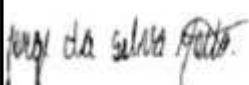
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221204.

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

450 847 934 - 00

Nome completo da Vítima

Ademir Toscano de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ademir Toscano de Brito

CPF titular da conta

450 847 934-00

Profissão

Funcionário

Endereço

Rua São Lourenço Falcão

Número

518

Bairro

Centro

Cidade

Guanambi

Estado

Paraíba

CEP

58315000

Email

Telefone (0000)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

SINCOR/PB

26 ABR. 2018

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 31.500,00

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

 BRADESCO (237)

 BANCO DO BRASIL (001)

 ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Banco

Brail

001

AGENCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

1681

0

19536

7

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

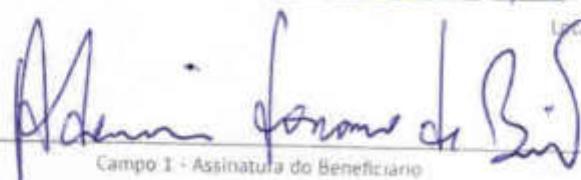
Informar dígito se existir

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL

1. Pessoa. 12 de Setembro de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

B. BRASIL



100% 16:37



Transferência

Sair

Favorecido

ADEMIR TOSCANO DE BRITO

Agência

1681-0

SINCOR/PB

26 ABR. 2018

19536-7

Conta

Data

01/02/2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221209 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”):

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”).

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data da Achaide:

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPGE du Régionnement de l'ordre

Email

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro-DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou **CONFERIDO COM O ORIGINAL**

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de um seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

FourTemps 30 de jomein de 2018

Local Data

Capítulo 1 - Assinatura do Beneficiário

Capo 3 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 13 / 06 / 18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do Nascimento Silva
COMANDANTE DO BAPH/CBMPB
MAT. 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 11 de Junho de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0242/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 04/06/2017, conforme requerimento nº 0248/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 17h54min o/a Sr.(a) **ADEMIR TOSCANO DE BRITO**, CPF nº 450.847.934-00, vítima de acidente de (colisão (carro x carro)), ocorrido na PB 025, Zona Rural – Lucena/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SOLDADO BM JORGE LUIZ DA SILVA BARBOSA**, Matrícula 525.904-5. Vítima consciente e orientada, com corte-contuso na região do supercílio e joelho, suspeita de fratura de punho e dores na região lombar. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Adriano Marques de Sousa
Asp. BM - Mat. 527.354-4

CONFERIDO COM O ORIGINAL

NIT

Chefe da 3ª Seção

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

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: 10/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADEMIR TOSCANO DE BRITO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01681-0

CONTA: 000000019536-7

Nr. da Autenticação BF211EFDA85C5096



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ADEMIR TOSCANO DE BRITO
DATA DE NASCIMENTO	13/04/64
NOME DA MÃE	MARIA NAZARETH FERRAZ DE BRITO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	102.373	SINCOR/PB 26 ABR. 2018
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.005.042	
DATA DO ATENDIMENTO	04/06/17	
HORA DO ATENDIMENTO	19:23	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FRATURA DE OSSOS NASAIS	
CID 10	S52.5 + S02.2	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente automobilístico, apresentando dores em região cervical, em região lombar, em braço esquerdo e em joelho esquerdo. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Tomografia evidencia fratura de ossos do nariz. Presença de fratura de rádio distal esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna esquerda AP/P

RX de joelho esquerdo AP/P

Tomografia computadorizada de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de ossos nasais.

Fratura de rádio distal esquerdo.

CONFIRMO COMO ORIGINAL

TRATAMENTO:

Osteossíntese de fratura de rádio distal esquerdo. Tratamento conservador de fratura de ossos nasais.

ALTA HOSPITALAR:	15/06/17
DATA DA EMISSÃO:	14/09/17

[Assinatura]
Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **450.847.934-00**

Nome: **ADEMIR TOSCANO DE BRITO**

Data de Nascimento: **13/04/1964**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

SINCOR/PB
26 ABR. 2018

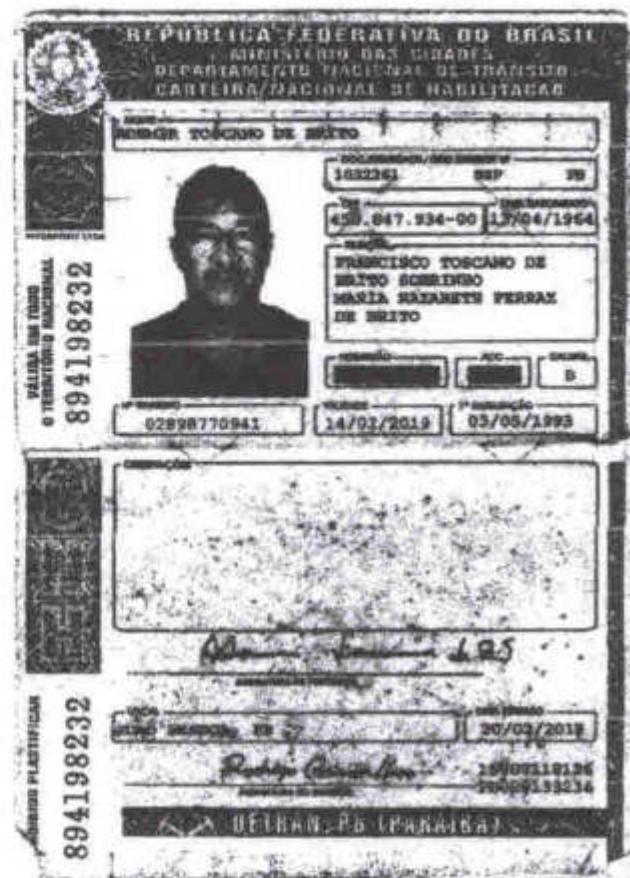
Comprovante emitido às: **09:20:14** do dia **26/04/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1E30.8E07.153F.B6E3**



CONFERIDO COM O ORIGINAL

Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



SINCOR/PB
26 ABR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL