

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5966938

A/C: JOSE DE ASSIS

Sinistro: 3140147403
Vitima: JOSE DE ASSIS
Data Acidente: 30/10/2014
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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2014

Carta nº: 6022998

A/C: JOSE DE ASSIS

Sinistro: 3140147403
Vítima: JOSE DE ASSIS
Data Acidente: 30/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6368517

A/C: JOSE DE ASSIS

Sinistro: 3140147403
Vítima: JOSE DE ASSIS
Data Acidente: 30/10/2014
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: JOSE DE ASSIS

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 237

Agência: 000005785-1

Conta: 000001565-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.037,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3140147403 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE DE ASSIS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSE GENUINO DE QUEIROZ nº 221 - DO ALTO - TAPEROA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 781276 - SSP**
Data local do exame: **04/02/2015 CAMPINA GRANDE/PB**

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)

TCE e luxação do ombro 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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**foi feita redução da luxação, sutura do ferimento na frente.
alta médica**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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 residual de função cerebral com cefaléia e tonteira e limitação moderada no ombro direito

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)

snc

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

ombro direito

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 04/02/2015

Médico Perito: JOAO MEREZ BANDEIRA DE SOUSA CRM: 5401


JOAO MEREZ B. DE SOUSA
CRM - 5401-PB

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 19/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ASSIS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05785-1

CONTA: 000000001565-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1902201505000000000023705785000000001565303750 PAGO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA

Prezados,

Eu José de Azevedo vitor do processo de número 3140147403 venho por meio desta solicitar que seja requerido a pericia médica que devido ao fato de não receber a tempo as informações de local e data não pude comparecer, segundo os contatos.

Logradouro José Fernandes de Azevedo 221

Bairro Do Alto

CEP 58880-000

Cidade Taperoá UF PB

Telefone (fixo) 83-9134-6877 083-8769-6065

3099049379

(Assinatura do declarante)

Taperoá PB

(Local)

16/01/2015

(Data)

JOSE DE ASSIS
RUA JOSE CENINO DE QUEIROZ, 271 - DO ALTO
TARAPOTA / PB CEP: 58860-000 (AO 86)

Classificação: RESIDENCIAL / BANDA PRECISA MONOFASICO
Rotam: 2 - 90 - 610 - 2760
Mês de emissão: 0000121/2014
Referência: Jan/2014
Emissão: 25/11/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 200, Km 25 - Centro Rodovia João Pinheiro/PR CEP 80711-080
CNPJ nº 005162/0001-40 Ins. Est. 16.013.923-0

Nota Fiscal emitida de Energia Elétrica Nº 0000004/2014
Código para Débito Automático: 0000000073

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

WSP: 172 0060 1cc0 6417 8e44 0000 21e4

Conta referente a

Nov / 2014

Apresentação

05/11/2014

Data prevista da
próxima leitura

04/12/2014

CPF/ CNPJ/ RANI

25451082460

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 11/10/2014 PASSAM
OBRIGAÇÃO

Histórico de Consumo
(kWh)

Out/14	80
Set/14	75
Ago/14	74
Jul/14	60
Jun/14	60
Mai/14	77
Abr/14	74
Mar/14	79
Fev/14	78
Jan/14	82
Dez/13	78
Nov/13	71

Média dos últimos meses
70 kWh

Indicadores de Qualidade

VENCIMENTO

12/11/2014

TOTAL A PAGAR

R\$ 28,24

9/2014 - Jurisgenio

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático e mais



CDC (Código do Consumidor): 5/99907-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
- O novo sistema de bandeirolas tarifárias foi adotado para o ano de 2014. A bandeirola verde não implicará cobrança adicional. As bandeirolas amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de NOVENBRO vigorará a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicará tarifa nº 0 (zero) de acionamento maior valor da tarifa, devido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/10/14	5623	25/11/14	5895	

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo - JAR 60	30	0,12574	3,80
Consumo - 31 a 100 kWh/gR	45	0,21726	9,77

MPOSTOS E ENCARGOS

PD	1,34
COFINS	1,56
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	2,32
JUROS DE MORA 10/2014	3,12
MULTA 10/2014	1,50
ICMS (Base de Cálculo R\$ 39,33) Alíquota 25,00%	9,83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140147403

Cidade: Taperoá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DE ASSIS

Data do acidente: 30/10/2014

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 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 ombros	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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

