



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Zildemar Barbosa do Nascimento
DATA DO ACIDENTE 21/02/17 CPF DA VÍTIMA 032.994.443-60
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO o mesmo
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR AVÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Basílio
Nº 514 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Distrito Sede
CIDADE Palmeira UF CE CEP 62380-000
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MONTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/02/17

DATA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE Zildemar Barbosa do Nascimento

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180068602 **Cidade:** Palmácia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/02/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180068602 **Cidade:** Palmácia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/02/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO GLÚTEO ESQUERDO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO IJF, ONDE FOI INTERNADO E SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PARAFUSOS. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA. SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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:

Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Zildemar Barbosa do Nascimento Brasileiro (a)
 Estado Civil RECUSOU Profissão RECUSOU Inscrito com o Nº de RG:
2006005030587 e CPF: 032.994.443-60 Residente e
 domiciliado(a) à rua Pv. Basílio
 Nº: 514 Bairro: Pistrito Sede Cidade: Palmaria
 Estado: CE CEP: 62780000 Fone: (85) 287940318

OUTORGADO: Marcos Antonio do Nascimento Araújo
 Inscrito com o Nº de RG: 93015002268
 e CPF: 707.277.833-00 Residente e domiciliado na: Rua Barão do
Rio Branco Nº: 1782 Bairro: Centro
 Cidade: Fortaleza Estado: CE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider, Seguradoras conveniadas a Lider DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Zildemar Barbosa do Nascimento ocorrido em 24/06/17

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Fortaleza (CE), 31 de Janeiro de 2018

Zildemar Barbosa do Nascimento
 OUTORGANTE

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 02 FEV. 2018

ASS:

Recebeo por autenticidade e validade: ZILDEMAR
BARBOSA DO NASCIMENTO no
original desta folha

Distrito de Tapera 31 JAN 2018 Aquaréz/CE

Em testemunho ff da verdade
 José Frank Medeiros de Lima - Tabelião e Substituto



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180068602**

Vitima: **ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **24/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180068602**.

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 12368812



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**
Nº Sinistro: **3180068602**
Vitima: **ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **24/02/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180068602**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180068602**
Vítima: **ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **24/02/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180068602** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12578687

A/C: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180068602
Vítima: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 24/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO

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: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000751

Conta: 0000038188-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

DOCUMENTO 1 *T10*

Nº DO SINISTRO _____



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.

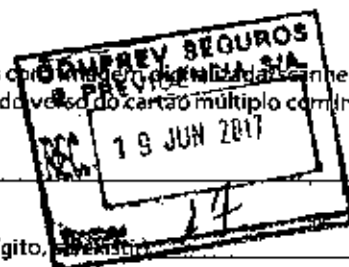
EU, Zildemar Barbosa do Nascimento
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2006005030587 EXPEDIDO POR SSP EM 09/07/13 E
 CPF 032994443-60 / CNPJ 000000000-0000-00 PROFISSÃO Recusor
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusor (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Zildemar Barbosa do Nascimento 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), 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 como extratos bancários em qualquer modalidade, em qualquer meio, 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0751 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 38188-3

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

Fortaleza/CE, 22 de Maio de 17
 LOCAL E DATA

X Zildemar Barbosa do Nascimento
 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. IRACEMA

DATA: 09/06/2017

HORA: 09:22:20

TERMINAL: 00311144

CONTROLE: 003111440023

CONTA CREDITADA:

0751.013.00030186-3

NOME:

ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

10,00

NÚMERO DO ENVELOPE:

3115121883

NÚMERO DE CONTROLE:

160047930

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





Seguradora
Autorização de pagamento

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

Para mais informações, 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

032.994.443-60

Nome completo da vítima

Zildemar Barbosa do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Zildemar Barbosa do Nascimento		CPF titular da conta 032.994.443-60		Profissão recusou
Endereço R. Basílio		Número 511	Complemento	
Bairro Distrito Sede	Cidade Palmaria	Estado CE	CEP 62780-000	
Email			Telefone (DDD) (85) 981740318	

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) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0751 D/V 038188 D/V 3
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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 conta, agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza/CE 23 de Janeiro de

Local e Data

Zildemar Barbosa do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. IRACEMA

DATA: 09/06/2017

HORA: 09:22:20

TERMINAL: 00311144

CONTROLE: 003111440023

CONTA CREDITADA:

0751.013.00030180-3

NOME:

ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

10,00

NÚMERO DO ENVELOPE:

3115121803

NÚMERO DE CONTROLE:

160047930

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
02 FEV. 2018

ASS: _____

**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: 3180068602
Nome do(a) Examinado(a): Zildemar Barbosa do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Basílio, S/N
Distrito Sede Palmácia CE CEP: 62780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006005030587
Data local do acidente: [24/02/2017]
Data local do exame: [19/03/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO IJF, ONDE FOI INTERNADO E SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PARAFUSOS. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM.

Data da Alta: 10/10/2017

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

MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO GLÚTEO ESQUERDO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DEBILIDADE GRAVE DO QUADRIL ESQUERDO, PELA CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

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"

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)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 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

- 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



Dr. Andre de Oliveira Leal

CPF - 029.258.907-76

CRM/CE - 16566



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 459 - 487 / 2017

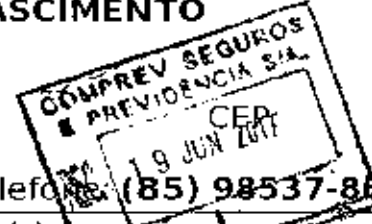
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/05/2017 09:48:00**
Data / Hora da Ocorrência: **24/02/2017 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FRANCISCO DE QUEIROZ**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **PALMACIA/CE**
Ponto de Referência: **PISTA DE SKATE**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO**
Nascimento: **02/08/1995** CPF: **032.994.443-60**
RG: **2006005030587** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA BARBOSA DO NASCIMENTO**
ADMAR CALIXTO DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO BASÍLIO, 0**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **PALMACIA/CE**
País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98537-8619**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVK2657** Uf: **CE** Município: **PALMACIA/CE** Ssr:
9C2JC250VVR227517 Renavam: **684136147** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação:
1997 Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**
Proprietário: **ADMAR CALIXTO DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORÁRIO ACIMA QUESTIONADOS, TRAFEGAVA NA MOTO DE PLACA HVK2657/PALMÁCIA/CE, A QUAL É DE PROPRIEDADE DO SEU PAI ADMAR CALIXTO DO NASCIMENTO, PELO CENTRO DA CIDADE DE PALMÁCIA, DIRIGINDO-SE A UM POSTO DE COMBUSTÍVEL PARA ABASTECER E IR PARA O TRABALHO, QUANDO VISUALIZOU UM CARRO PARADO, E VINHA UMA HILUX, DE PLACA RDB1457, QUE TRANCOU A SUA MÃO QUANDO ATRAVESSOU O VEÍCULO QUE ESTAVA PARADO, E, NA TENTATIVA DE EVITAR UMA COLISÃO FRONTAL, FEZ UMA MANOBRA, MAS AINDA CHOCOU-SE NO FAROL ESQUERDO DA HILUX, PERDEU O CONTROLE DA MOTO, ACIDENTANDO-SE, VINDO A PERDER OS SENTIDOS; QUE, AOS POUCOS O NOTICIANTE FOI RECOBRANDO OS SENTIDOS, TENDO SIDO SOCORRIDO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE PALMÁCIA, E DE LÁ FOI ENCAMINHAHO PARA O IJF ONDE FOI DIAGNOSTICADO LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO E FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO, TENDO SIDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, TENDO PERMANECIDO CERCA DE TRINTA E QUATRO DIAS INTERNADO ATÉ RECEBER ALTA HOSPITALAR; QUE, ATUALMENTE AINDA ESTÁ FAZENDO USO DE MOLETAS PARA LOCOMOÇÃO; QUE, ESCLARECE, QUE NÃO POSSUI CNH; QUE, FAZ ANEXAR AO PRESENTE ALÉM DAS DOCUMENTAÇÕES HOSPITALARES, AS CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: DE RG, DE COMPROVANTE DE ENDEREÇO(CONTA ENEL), DE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 459 - 487 / 2017

DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO E CÓPIA DE CRLV DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO. QUE, REGISTRA A PRESENTE OCORRÊNCIA APENAS PARA INGRESSAR COM PEDIDO DE SEGURO DPVAT, UMA VEZ QUE FOI ORIENTADO QUE TERIA DIREITO POR TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. E, NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

[Signature]
ESTEFÂNIO DOS SANTOS COSTA - MAT.: 133983-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature]
Gildemar Barbosa do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANTÔNIO MOISES FERNANDES DA COSTA - MAT.: 30080416



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: 21/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZILDEMAR BARBOSA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000038188-3

Nr. da Autenticação 767A10C87B9D71C2

[illegible]

COMPROV. REQUERIDOS
E PREVIDENCIA SIA

19 JUN 1967

15

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

[illegible]

CEN Nº 012257117044 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 14/09/2015

VIA	SE	COPIA	HONDA
01	4646896065		HONDA
RPMAN	36147	HONDA/CB	125
PLACA	09	9220550V	9220550V
DATA	09	9220550V	9220550V

PREMIO TARIFARIO	SINISTROS	DENUNCIAS	CUSTO DO SEGURO
	129,04	44,34	145,38
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IDP (R\$)	TOTAL DO SEGURO (R\$)
	1,12		146,50

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DPVAT SEGURADORA LIDER . DPVAT

CNPJ 09.448.608/00-04
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

00358

LIBIA CORRETORA DE SEG. URA
02 FEV. 2018
ASS: _____