

---

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** WEDERSON ALBERTO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180315028

**Vitima:** WEDERSON ALBERTO DA SILVA

**Data do Acidente:** 02/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180315028**.

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](http://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**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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

035.179.602-92

Nome completo da vítima

WEDERSON ALBERTO DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

WEDERSON ALBERTO DA SILVA

CPF titular da conta

035.179.602-92

Profissão

AGRICULTOR

Endereço

RUA: NIVALDO CONCEIÇÃO GUTIERREZ

Número

1589

Complemento

Bairro

PINTOLÂNDIA

Cidade

BOA VISTA

Estado

RR

CEP

69.316-740

Email

gilvanoficial@hotmail.com

Telefone (DDD)

(65) 99146-0718

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

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRADESCO

NRO

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

0522

3

0012862

7

(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.

**SABEMI SÉGURADORA S/A**  
10 JUL 2018

BOA VISTA, 03 de JULHO de 2018

Local e Data

Wederson Alberto da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**RECEBIDO**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180315028      **Cidade:** Cantá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WEDERSON ALBERTO DA SILVA      **Data do acidente:** 02/03/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária cominutiva dos ossos da perna esquerda.  
Fratura proximal do terceiro metacarpo esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio articular do joelho esquerdo.  
Não apresenta sequelas da mão esquerda ao exame físico.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico das fraturas descritas (osteossíntese).  
Não realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 24/05/2018.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/08/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo.

**Médico examinador:** LAEL DOS SANTOS DA SILVA

**CRM do médico:** 2015

**UF do CRM do médico:** RR

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

