

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Carta n°: 13016144

A/C: GILSON DA SILVA CARVALHO

Nº Sinistro: 3180259162
Vitima: GILSON DA SILVA CARVALHO
Data do Acidente: 01/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO VALTERCLEIBE ALVES DOS SANTOS

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: GILSON DA SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 4.218,75

Banco: 104

Agência: 000000578

Conta: 0000026913-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.218,75

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 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.seguradoraslider.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 Nome completo da vítima
496.699.903-00 Gilson da Silva Carvalho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Gilson de Silva Carvalho</u>		CPF titular da conta <u>496.699.903-00</u>	Profissão <u>recusou</u>
Endereço <u>Av. Cal. Osorio de Paiva</u>		Número <u>5899</u>	Complemento
Bairro <u>Paranguba</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60720-015</u>
Email	Telefone (DDD) <u>(85)987740318</u>		

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	D/V
0578		26913	D/V
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome		NRO.	
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome		NRO.	
AGÊNCIA NRO.		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 referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 28 de Maio de 18
Local e Data

(Informar dígito se exige)

para o sinistro, autorizo a
referida agência a conta.

LÍBIA CORRETORA DE SEGUIMENTO

06 JUN. 2018

*Caron das figa e a cotta

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

25/05/2018 HORA: 12:49:50
DATA EFETIVACAO: 25/05
CONVENIO: 000493694
OPERADOR: 02

AGENCIA: 0578
CONTA: 013.00026913-7
NOME: GILSON DA SILVA CARVALHC
VALOR: 20,00
COD.OPERACAO: 986125669

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A I
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 M
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ovidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEC LTDA.
06 JUN. 2018

**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: 3180259162
Nome do(a) Examinado(a): Gilson da Silva Carvalho
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida General Osorio de Paiva, 5899
Parangaba Fortaleza CE CEP: 60720-015
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 226230792
Data local do acidente: [01/02/2018]
Data local do exame: [18/06/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA COLUNA CERVICAL
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR A ESQUERDA**

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

**Tratamento: FRATURA CERVICAL TRATADA DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO COM COLAR CERVICAL.
LUXAÇÃO FOI TRATADA DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO.FEZ FISIOTERAPIA**

Complicações: SEM

Data da Alta: 15/05/2018

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

AO EXAME APRESENTA ASSIMETRIA DA CINTURA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA EM OMBRO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUTENTAÇÃO DO MSE,LIMITAÇÃO MODERADA A SEVERA DA ELEVAÇÃO, DA ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO.

COM RELATO DE CERVICALGIA, LIMITAÇÃO LEVE A MODERADA DA HIPEREXTENSÃO, DA LATERALIZAÇÃO DO PESCOÇO

- IV. Nexo de causalidade: 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:

DEFÍCIT FUNCIONAL SEVERO EM OMBRO ESQUERDO, PELA LIMITAÇÃO MOVIMENTOS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA E ASSIMETRIA DA CINTURA ESCAPULAR

DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA, PELA LIMITAÇÃO MOVIMENTOS

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"

() "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)

- 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 - Lado Esquerdo

SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

() 50% médio **(X) 75% intensa** **() 100% completo**

(X) 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**

- 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. Alessandra Dantas Alba
CRM/CE - 16562

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180259162 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON DA SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COLUNA CERVICAL
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR A ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA ASSIMETRIA DA CINTURA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA EM OMBRO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUTENTAÇÃO DO MSE, LIMITAÇÃO MODERADA A SEVERA DA ELEVAÇÃO, DA ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO.
COM RELATO DE CERVICALGIA, LIMITAÇÃO LEVE A MODERADA DA HIPEREXTENSÃO, DA LATERALIZAÇÃO DO PESCOÇO

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM BOA CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E DA LUXAÇÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Alessandra Duraes Altaf

CRM do médico: 16562

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that reads "Victor Ramiros Reynaux Borba".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180259162 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON DA SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM CERVICAL E OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

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: