

**Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180593485**

**Vítima: OSEAS SALES PEREIRA**

**Data do Acidente: 20/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), OSEAS SALES PEREIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.256,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: OSEAS SALES PEREIRA**

**Valor: R\$ 7.256,25**

**Banco: 341**

**Agência: 000006953**

**Conta: 0000020986-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	026.784.942-76	Oseas Sales Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Oseas Sales Pereira		026.784.942-76
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Rua Elias Levi V. Filho	3/N
Bairro:	Cidade:	Complemento:
Operário	Boa Vista	Q19 LT 246
E-mail:	Estado:	CEP:
ilosar@hotmail.com	RR	69.316-296
		Tel.(DDD):
		(95) 98125-9538

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDAS MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 6953 <input type="checkbox"/> CONTA: 20986 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR 14/12/18

Nome: Oseas Sales Pereira

CPF: 026.784.942-76

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Oseas Sales Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

14 DEZ. 2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180593485

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSEAS SALES PEREIRA

**Data do acidente:** 20/09/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO, FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E FRATURA DE BACIA

**Descrição do exame físico:** MARCHA CLAUDICANTE À ESQUERDA, VÍTIMA EM USO DE MULETAS, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA FLEXÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL, EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO QUADRIL. TORNOZELO ESQUERDO COM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE DORSIFLEXÃO E FLEXÃO PLANTAR; NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA AGACHADA OU EM PONTAS. CICATRIZ PUNTIFORME EM FACE LATERAL EXTERNA DO ANTEBRAÇO E MÃO DIREITA, LIMITAÇÃO INTENSA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA PRONO SUPINAÇÃO, DEFICIT DE FORÇA EM 70% DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PERDA DA FORÇA PARA REALIZAR A PREENSÃO PALMAR, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR RÁDIO ULNAR.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO, FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E FRATURA DE BACIA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PUNHO, SEGUIDO DE OSTEOSSÍNTESE EM PUNHO E TORNOZELO COM PLACAS E PARAFUSOS, TRATAMENTO CLÍNICO EM QUADRIL, USO DE ANALGÉSICOS, ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDES E ANTIBIOTICOTERAPIA. TRATAMENTO COMPLEMENTADO COM FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, QUADRIL E TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 24/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO A LESÃO PROVOCADA PELO TRAUMA IMPACTOU COM LIMITAÇÃO EM GRAU MODERADO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO E EM QUADRIL E DE GRAU LEVE EM TORNOZELO ESQUERDO.

## 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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			53,75 %	R\$ 7.256,25