

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ARIMATEIA BARROS

Nº Sinistro: 3180059904

Vitima: JOSE ARIMATEIA BARROS

Data do Acidente: 12/07/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO ALVES DE FREITAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180059904**.

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 12350203



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2018

Carta nº: 12732191

A/C: JOSE ARIMATEIA BARROS

Nº Sinistro: 3180059904
Vítima: JOSE ARIMATEIA BARROS
Data do Acidente: 12/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RONALDO ALVES DE FREITAS

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 ARIMATEIA BARROS

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000001089

Conta: 0000067640-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



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 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

AGL-0041322128

CPF da Vítima

036.579.493-72

Nome completo da vítima

JOSE ARIMATEIA BARROS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ARIMATEIA BARROS		CPF titular da conta 036.579.493-72	Profissão ADOSANTADO
Endereço RUA: VICENTE SALES		Número 260	Complemento
Bairro NOVA CIBANA	Cidade CAUCAIA	Estado CEARA	CEP 61.605-200
Email MÃO POSUI		Telefone (DDD) 85 99642 4431	

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)

AGÊNCIA

NRO.

1089

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

67640

D/V

3

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CAUCAIA 11.02 de MARÇO de 2018
Local e Data

AQUOR CORRETORA

31 JAN 2018

DE SEGUROS LTDA

JOSE ARIMATEIA BARROS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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

Número do Sinistro: 3180059904
Nome do(a) Examinado(a): Jose Arimateia Barros
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Vicente Sales, 260 (85)98528-8841
Cigana Caucaia CE CEP: 61605-320
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20180093554
Data local do acidente: [12/07/2016]
Data local do exame: [19/04/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA, TRANSFERIDA PARA IJF, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: ENCURTAMENTO DO MIE E OSTEOMIELITE.
Data da Alta: 10/06/2017

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

MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA MUSCULAR QUADRIPITAL ESQUERDA, CICATRIZES IRREGULARES E CIRÚRGICA NA PERNA ESQUERDA, DEFORMIDADE ÓSSEA NA PERNA ESQUERDA, ENCURTAMENTO DO MIE EM 1,5 CM, SINAIS FLOGÍSTICOS, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

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

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO MIE, PELA ATROFIA DA COXA ESQUERDA, ENCURTAMENTO DO MIE, DEFORMIDADE ÓSSEA, EDEMA RESIDUAL E BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% 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

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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal

CPF - 029.258.907-76

CRM/CE - 16566

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: 25/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARIMATEIA BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01089

CONTA: 000000067640-3

Nr. da Autenticação 00AC1195285F0075

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180059904 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARIMATEIA BARROS **Data do acidente:** 12/07/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL ESQUERDA, CICATRIZES IRREGULARES E CIRÚRGICA NA PERNA ESQUERDA, DEFORMIDADE ÓSSEA NA PERNA ESQUERDA, ENCURTAMENTO DO MIE EM 1,5 CM, SINAIS FLOGÍSTICOS, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA VICIOSA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/04/2018

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

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:

Victor Borba