

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO GOMES VIEIRA

Nº Sinistro: 3180562972

Vítima: FRANCINALDO GOMES VIEIRA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180562972**.

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 13661055



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180562972

Vítima: FRANCINALDO GOMES VIEIRA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCINALDO GOMES VIEIRA**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 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

Recebedor: FRANCINALDO GOMES VIEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000019534-5

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

04979089305

Nome completo da vítima

Francinaldo Gomes Vieira

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

Nome completo Francinaldo Gomes Vieira		CPF titular da conta 04979089305	Profissão Autônomo
Endereço Rua Ribeiro Bonito		Número 1211	Complemento Casa
Bairro Planalto Apitã Serra	Cidade Fortaleza	Estado Ceará	CEP 60760460
Email		Telefone (DDD) 85 988701298	

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)
 ☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

3466

D/V

CONTA  
NRO.

00019534

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

Fortaleza, 20 de novembro de 2018

x. Francinaldo Gomes Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data  
Investprev Seguradora S/A.

29 NOV 2018 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# 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: 18/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCINALDO GOMES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000019534-5

---

Nr. da Autenticação 90F3C01ADBA76911

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180562972 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCINALDO GOMES VIEIRA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária da tíbia direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame do membro inferior direito, apresenta marcha claudicante e prejuízo na manobra de agachamento. Apresenta redução da amplitude de movimento do membro, com limitação aos movimentos de joelho de flexão em 80° e de tornozelo de flexão dorsal em 10° e flexão plantar em 20°. Constatada hipotrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior direito (força em grau III). O conjunto das restrições acarreta prejuízo funcional ao membro inferior direito como um todo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões Fratura diafisária da tíbia direita, conforme atestado médico de 07/08/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro inferior direito apresentou alteração dos mecanismos tibiotalar e femorotibial, com redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior direito, em grau médio, devido à alteração dos mecanismos tibiotalar e femorotibial, com redução da força e mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Roberto Mendes Rodrigues

**CRM do médico:** 4600

**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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**PRESTADOR**

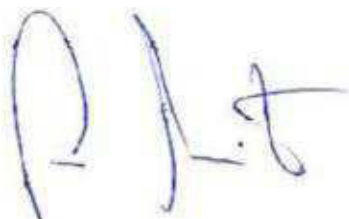
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**



**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: 3180562972

Nome do(a) Examinado(a): FRANCINALDO GOMES VIEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ribeirão Bonito, 1271 - Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: 05645969056, DETRAN-CE

Data e local do acidente: 01/05/2018, Caucaia, CE

Data e local do exame: 16/01/2019 - FORTALEZA/CE

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura diafisária da tíbia direita.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento cirúrgico, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do pericrânio.

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

Ao exame do membro inferior direito, apresenta marcha claudicante e prejuízo na manobra de agachamento. Apresenta redução da amplitude de movimento do membro, com limitação aos movimentos de joelho de flexão em 80° e de tornozelo de flexão dorsal em 10° e flexão plantar em 20°. Constatada hipotrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior direito (força em grau III). O conjunto das restrições acarreta prejuízo funcional ao membro inferior direito como um todo.

**IV.** Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ X ] Sim [ ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ X ] Sim [ ] Não.



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

Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior direito, devido à redução da força e mobilidade.

**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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

**Região Corporal (Sequela):** Membro Inferior - Direito - MÉDIA - 50%

**% 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 a valoração do dano corporal.

  
Assinatura \*

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600