
Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ALEXANDRE LIMA

Nº Sinistro: 3170614824

Vitima: ALEXANDRE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA KEROENE MARQUES ALVES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170614824.**

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170614824

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALEXANDRE LIMA

Data do acidente: 21/07/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise de tibia e fíbula à direita.

Descrição do exame médico pericial: O quadro clínico atual demonstra que o periciado possui leve redução da amplitude do membro inferior direito, com limitação aos movimentos de flexão plantar em 25°, dorsiflexão em 10°, bem como restrição de inversão e eversão do tornozelo direito. Constatada atrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior direito em grau IV. Marcha claudicante. A fratura da diáfise de tibia e fíbula à direita acarreta prejuízo funcional ao membro inferior direito como um todo. Foi verificada fratura antiga no tornozelo direito, a qual foi considerada no exame físico.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, isto é, logo após o acidente, fratura da diáfise de tibia e fíbula à direita, de moderada restrição. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos cirúrgico (osteossíntese), medicamentoso, fisioterápico e conservador com uso de tala gessada, tendo o estágio clínico evolutivo demonstrado melhora discreta. Atualmente, considerando as medidas terapêuticas, a evolução clínica das lesões, o tempo decorrido do sinistro, além do exame físico realizado, tem-se que as sequelas são permanentes no membro inferior direito do periciado, inexistindo medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior direito, em grau leve, devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima já indenizada em sinistro anterior (nº 2011007611), decorrente de acidente de trânsito ocorrido em 07/04/2010, do qual acarretou invalidez permanente no tornozelo direito, em grau intenso (75% de 25% - R\$ 2.531,25), lesão que foi considerada no exame, visto que houve uma re-fratura.

Médico examinador: Mateus de Holanda Carvalho

CRM do médico: - 8581

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henrique Rodrigues Rosito".

**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: **3170614824**

Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Verde, nº 9/casa 91, São João, em Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **SSP / CE / 20030300045636**

Data e local do acidente: **21/07/2017, Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **01/03/2018, Fortaleza/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da tibia e fíbula direita.

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

A avaliação do estágio clínico atual demonstra que a lesão obteve resposta discreta, após a realização dos tratamentos cirúrgico, medicamentoso e fisioterápico, sendo apurada a existência de sequela permanente no membro inferior direito do periciado, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame físico, apresenta redução da amplitude de movimento do membro inferior direito, com limitação aos movimentos de dorsiflexão em 10°, inversão, flexão plantar em 25° e eversão do tornozelo direito. Constatada atrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior direito (força em grau IV). Marcha claudicante, com auxílio de muletas. O conjunto das lesões acarreta prejuízo funcional ao membro inferior direito como um todo.

IV. Nexo 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 do 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 - LEVE - 25%

% do dano:

() 10% residual (X) 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. Periciado refere lesão antiga no tornozelo direito, sofrendo uma re-fratura no presente acidente.


Assinatura e carimbo do médico
Antº Eusebio Teixeira Rocha
Médico do Trabalho
Mº n° 2270 Port. N° 6 de 12/06/90
CREMEC 4774 - CPF 375.928.284-15


**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

CPF da Vítima

601.150.623-27

Nome completo da vítima

Alexandre Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Alexandre Lima	601.150.623-27	Mecanico	
Endereço	Número	Complemento	
Rua 09	91		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Sao João/Jangurusu	Fontaleza	Ceará	60876-380
Email	Telefone (DDD)		
Keruene . 10 @ gmail. com	(85) 98865-5238		

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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. **0755** D/V **00011072** 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.

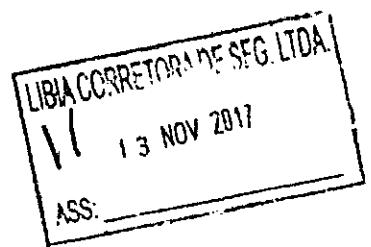
Fontaleza-CE 13 de novembro de 2017

Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
 13 NOV 2017
 ASS: **AO**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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: 25/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000011272-8

Nr. da Autenticação 5A07549CE7037263