

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**

Carta nº 11996465



# 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 tíbia 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 tíbia 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 tíbia 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

**PRESTADOR**

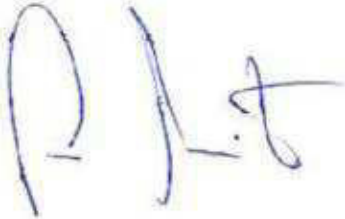
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**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: 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 tíbia 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?

☒ Sim ☐ Não

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

☒ 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 ( ☒ ) 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 Antônio Eusébio Teixeira Rocha  
Médico do Trabalho  
MTB nº 2270 Port. Nº 6 de 12/08/90  
CREM/EC 4774 - CPF 376.928.284-15



**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 Alexandre Lima	CPF titular da conta 601.150.623-27	Profissão Mecânico
Endereço Rua 09	Número 91	Complemento
Bairro São João/Pangarussu	Cidade Fontaleza	Estado Ceará
Email kewene.10@gmail.com	CEP 60836-380	Telefone (DDD) (85) 98865-5238

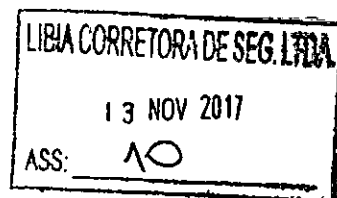
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**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	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0755 (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. 00011272 (Informar dígito se existir)		D/V 8	
BANCO Nome 		NRO 		AGÊNCIA NRO. 		D/V 	
CONTA NRO. 		D/V 		CONTA NRO. 		D/V 	

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



*Alexandre Lima*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.  
11 13 NOV 2017  
ASS: \_\_\_\_\_

# 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