

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** CARLOS ANDRE ABREU FREITAS

**Nº Sinistro:** 3180394346

**Vitima:** CARLOS ANDRE ABREU FREITAS

**Data do Acidente:** 05/06/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALYSON JUSTINO MAROPO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180394346**.

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**



**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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

**756272 80387**

Nome completo da vítima

**Carlos Andre Abreu Freitas**

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<b>Carlos Andre Abreu Freitas</b>	<b>756272 80387</b>	<b>Motorista</b>
Endereço	Número	Complemento
<b>R. Doutor Raimundo Maia</b>	<b>810</b>	<b>Jaspery</b>
Bairro	Cidade	Estado
<b>Mondubim</b>	<b>Sotálega</b>	<b>CEP</b>
Email	Telefone (DDD)	
<b>N/N</b>	<b>9.877410318</b>	

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"/> 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.  D/V **CONTAS** NRO.  D/V  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO  
Nome  NRO.

AGÊNCIA NRO.  D/V **CONTAS** 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.

**24 AGO. 2018**

**Set. ee, 17 de 08**  
 Local e Data

**\* Carlos Andre Abreu Freitas**

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: 06/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: CARLOS ANDRE ABREU FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 00000059063-1

---

Nr. da Autenticação 5CD3FD7A68CA2900

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180394346      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ANDRE ABREU FREITAS      **Data do acidente:** 05/06/2018      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura distal de tíbia e fíbula à direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame do tornozelo direito, apresenta marcha com apoio, atrofia muscular quadríceps direita, edema, cicatrizes cirúrgicas e bloqueio articular do tornozelo direito de flexão dorsal em 6° e flexão plantar em 12°. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade plena dos pododáctilos e demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao tornozelo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões Fratura distal de tíbia e fíbula à direita, conforme documentos de pronto atendimento de 05/06/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no tornozelo direito apresentou alteração do mecanismo tibiotalar, com redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta em tornozelo direito, em grau intenso, devido à alteração do mecanismo tibiotalar, com redução da força e mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Alessandra Duraes Altaf

**CRM do médico:** 16562

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# 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'.