

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**

Carta nº 13300025



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 Carlos Andre Abreu Freitas		CPF titular da conta 756272 80387	Profissão Motorista
Endereço R. Doutor Raimundo Maia		Número 810	Complemento Hapery
Bairro Mondubim	Cidade Fortaleza	Estado Ceará	CEP 60761520
Email NIN			Telefone (DDD) 9.87740318

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"/> 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"/> 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input 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 type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/>		<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (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

Fort. ce, 17 de 08 de 18

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: 000000059063-1

---

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 quadricipital direita, edema, cicatrizes cirúrgicas e bloqueio articular do tornozelo direito de flexão dorsal em 6º e flexão plantar em 12º. 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**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:**

