

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ROMARIO DA ROCHA LIMA

Nº Sinistro: 3180397680

Vitima: ROMARIO DA ROCHA LIMA

Data do Acidente: 13/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO ME

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180397680**.

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 13301042



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

Nome completo da vítima

07205321328

ROMARIO DA ROCHA LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROMARIO DA ROCHA LIMA		CPF titular da conta 07205321328	Profissão SERVENTE
Endereço R. CELIO CAUASSO		Número 160	Complemento —
Bairro CARAPICHO	Cidade CAUCAIA	Estado CEARA	CEP 61600000
Email			Telefone (DDD) (85) 99999077

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"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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)							
AGÊNCIA NRO. 3281 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 41695 D/V (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____		28 AGO. 2018 ASS: _____	
AGÊNCIA NRO. _____ D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V (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.

caucaia, 21 de Agosto de 2018
Local e Data

Romario da Rocha Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Horários e Limites



Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta,
selecione **CONFIRMAR** e aguarde o comprovante.

Conta origem:	
Conta destino:	3281 / 013 / 00041693-1
Agência destino:	JUREMA
Nome destinatário:	ROMARIO DA ROCHA LIMA
Valor:	

CAIXA CORRETORA DE SEG. E D.
28 AGO. 2018
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: 01/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMARIO DA ROCHA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000041693-1

Nr. da Autenticação 220BCE3A3A32B41C

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: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMARIO DA ROCHA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000041693-1

Nr. da Autenticação 08ECAA5BE9A557C2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397680

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROMARIO DA ROCHA LIMA

Data do acidente: 13/02/2018

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise distal do fêmur esquerdo associado à fratura do côndilo femoral lateral.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 60°, presença de derrames articulares, presença de atrofas no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da diáfise distal do fêmur esquerdo associado à fratura do côndilo femoral lateral, conforme documentos de pronto atendimento datados em 13/02/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e 40 sessões de fisioterapia para a fratura da diáfise distal do fêmur esquerdo associado à fratura do côndilo femoral lateral. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do joelho esquerdo.

Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, em grau intenso, devido à redução de força e mobilidade do mecanismo patelofemoral.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/03/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Trata-se de caso de reanálise com pagamento anterior de indenização por análise médica documental. Na primeira análise foi apurada sequela permanente no joelho esquerdo, em grau médio. Agora, após nova avaliação documental e exame físico a graduação demonstra-se inadequada, pois conforme verificado no exame resta como apropriada a nova adequação com pagamento de mais 25%, totalizando com o valor já pago 75% do segmento. O referido pagamento se dá em razão da alteração do mecanismo patelofemoral com redução da mobilidade, hipotrofismo e diminuição de força.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397680 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARIO DA ROCHA LIMA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50