

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180138363**

Vitima: **HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **22/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180138363**.

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 12596479



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12709013

A/C: HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180138363
Vítima: HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 22/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 000000132589-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



26 MAR 2018



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

055.836.815-86

Nome completo da vítima

HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo HELENILSON OLIVEIRA		CPF titular da conta 055.836.815-86	Profissão PEDEREIRO
Endereço POV. PRENSA		Número SIN	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade ITABAINA	Estado SERG. PE	CEP 49500-000
Email alemadsegurosdpvat@hotmail.com			Telefone (DDD) (79) 9992-9033

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

☒ RECUSO INFORMAR☐ SEM RENDA☐ ATÉ R\$ 1.000,00☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00☐ 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)☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0561

03

00132589

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

ITABAINA - SE 08 de MARÇO de 2018

Local e Data

Helenilson Santos de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

26 MAR 2018



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180138363
Nome do(a) Examinado(a): Helenilson Santos de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Prensa, S/N
Zona Rural Itabaiana SE CEP: 49500-971
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2.414.776-1
Data local do acidente: [22/11/2017]
Data local do exame: [11/04/2018] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE ESCAFOIDE À DIREITA.
LUXAÇÃO DE TORNOZELO À ESQUERDA.**

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE ESCAFOIDE E NA LUXAÇÃO DE TORNOZELO

**Complicações: BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E MÃO A DIREITA.
BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA,
Data da Alta:**

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE DOR E AUMENTO DO VOLUME DO ESCAFOIDE (CALO ÓSSEO) EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, BLOQUEIO NO PUNHO E MÃO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO E DA MÃO.

ÂNGULO DE FLEXÃO DO PUNHO 21° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)

ÂNGULO DE EXTENSÃO DO PUNHO 13° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-70°)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/4+), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (++/5) EM VIRTUDE DA ALGIA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.**

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% 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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

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: 19/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000132589-5

Nr. da Autenticação 0E95D730CDF29771

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138363 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/11/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE À DIREITA.
LUXAÇÃO DE TORNOZELO À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE DOR E AUMENTO DO VOLUME DO ESCAFOIDE (CALO ÓSSEO) EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, BLOQUEIO NO PUNHO E MÃO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO E DA MÃO.
ANGULO DE FLEXÃO DO PUNHO 21° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO PUNHO 13° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-70°)
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/4+), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+/+5)) EM VIRTUDE DA ALGIA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.

Resultados terapêuticos: TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE ESCAFOIDE E NA LUXAÇÃO DE TORNOZELO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.
COMPLICAÇÕES: BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E MÃO A DIREITA.
BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA,

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

