

---

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**



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta n°: 12709013

A/C: HELENILSON SANTOS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180138363  
Vitima: 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](http://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 <b>HELENILSON OLIVEIRA</b>	CPF titular da conta <b>055.836.815-86</b>	Profissão <b>PEDREIRO</b>
Endereco <b>POV. PRENSA</b>	Número <b>SIN</b>	Complemento
Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Cidade <b>ITABAINA</b>	Estado <b>SE/CE/PE</b>
Email <b>elemanoseguradopvat@hotmail.com</b>	CEP <b>49500-000</b>	Telefone (DDD) <b>(79) 3992-9033</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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input 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. <b>0561</b>	D/V <b>03</b>	CONTA NRO. <b>00332589</b>	D/V <b>5</b>
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA 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.

**ITABAINA - SE 08 de MARÇO de 2018**

Local e Data

**KHelenilson 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 Vítimas 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 A PALPAÇÃO, BLOQUEIO NO PUNHO E MÃO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONACÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO E DA MÃO.**

**ANGULÔ 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, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.**

- IV. Nexo de causalidade: 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"**

**( ) "Sem sequela permanente"**

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

*(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):

Região Corporal (Sequela):

**MÃO - Lado Direito**

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano: **( ) 10% residual ( X ) 25% leve**

% do dano: **( ) 10% residual ( X ) 25% leve**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **( ) 10% residual ( ) 25% leve**

% do dano: **( ) 10% residual ( ) 25% leve**

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

**( ) 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 Otacílio Nascimento Júnior*

*Manoel Otacílio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1627*

# 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 PRONADAÇÃO 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, EVERSAO, 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.

**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
<b>Total</b>			<b>23,75 %</b>	<b>R\$ 3.206,25</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luis Lima Casanova Neto".