

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180437389**

Vitima: **MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **15/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180437389**.

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 13421094



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180437389

Vítima: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL VIEIRA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: **MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **047**

Agência: **00000013**

Conta: **000001003562-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



11 OUT 2018

11 OUT 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 com 16 ou 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

077.743.205-63

Nome completo da vítima

Mamuel Vieira Dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Mamuel Vieira Dos Santos			CPF titular da conta	077.743.205-63	Profissão	Carroador
Endereço	Faz. Fazenda Tamba			Número	SIN	Complemento	para
Bairro	Zona rural			Estado	SE	CEP	49.870-000
Cidade	Itahi			Telefone (DDD)	19.9918-9202		
Email	marcosduplaria@gmail.com						

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)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco

NRO.

047

AGÊNCIA

NRO.

013

D/V

CONTA

NRO.

01003562

D/V

5

(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.

Mr. Sr. ou Sra. 30 de 08 de 18

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11 OUT 2018

BANESE - AUTODATENDIMENTO

DATA EMISSÃO: 10/10/2018 HORA: 12:01:39
LOCAL.....: NOSSA S. DA GLÓRIA/CASH 0152

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE

VALOR EM CHEQUE.....: 200,00
AGÊNCIA.....: 013 - ITABI
CONTA.....: 01/003562-5
NOME.....: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS
CPF DO DEPOSITANTE.: 020.003.675-00
TELEFONE.....: (79)99800-6550
NÚMERO DO ENVELOPE.: 52079663

DATA DO DEPÓSITO.: 10/10/2018
NÚMERO DE CONTROLE: 20101010012000000871

* A operação será confirmada após o Banco
efetuar a conferência.
* Depósitos realizados após o horário de
funcionamento da agência somente serão efetuados
no próximo dia útil.

VAI VIAJAR PELO BRASIL OU EXTERIOR? NÃO ESQUEÇA
DE LIBERAR O SEU BANESE DÉBITO PARA COMPRAS E
SAQUES EM OUTROS ESTADOS OU PAÍSES. DESBLOQUEIE
PELO APP, CAIXAS ELETRÔNICOS BANESE OU LIGUE
0800 204 3218 / 79 3213 2020

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: 25/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00013

CONTA: 000001003562-5

Nr. da Autenticação 07A12C1E05531B33

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437389 **Cidade:** Itabi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P24
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437389

Cidade: Itabi

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 15/04/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, EVIDENCIADO A PALPAÇÃO E NA PELÍCULA DE RADIOGRAFIA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO, ATROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA POR DESUSO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DA FLEXÃO DO TORNOZELO COM DEFICIT DA MARCHA LEVE

Resultados terapêuticos: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM PLACA E PARAFUSOS, APRESENTOU QUEDA EM CASA EVOLUINDO COM FALÊNCIA DE IMPLANTE (PLACA E PARAFUSOS) E NECROSE DE FRAGMENTO ÓSSEO TIPO ASA DE BORBOLETA NA TÍBIA, SENDO REALIZADO NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA RETIRADA DO FRAGMENTO NECROSE FIXAÇÃO COM PLACA LONGA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/06/2019

Conduta mantida:

Observações: MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (++++/+5), EM VIRTUDE DA DOR NO OMBRO, MUSCULATURA DO BRAÇO COM PEQUENA ATROFIA, DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO (SEM DESCRIÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, CONSEQUENTEMENTE SEM NEXO CAUSAL EVIDENTE) .

AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 70°

AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 20°

*O PERICIADO REFERE TRAUMA DE OMBRO DIREITO E TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO (SEM DESCRIÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS).

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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: **3180437389**

Nome do(a) Examinado(a): **MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

FAZENDA TAINHA, S/N - ÁREA RURAL - Itabi - SE - CEP 49870-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **315.575**

Data e local do acidente: [**15/04/2018**] **ITABI-SE**

Data e local do exame: [**12/06/2019**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, EVIDENCIADO A PALPAÇÃO E NA PELÍCULA DE RADIOGRAFIA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO, ATROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA POR DESUSO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DA FLEXÃO DO TORNOZELO COM DEFICIT DA MARCHA LEVE

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM PLACA E PARAFUSOS, APRESENTOU QUEDA EM CASA EVOLUINDO COM FALÊNCIA DE IMPLANTE (PLACA E PARAFUSOS) E NECROSE DE FRAGMENTO ÓSSEO TIPO ASA DE BORBOLETA NA TÍBIA, SENDO REALIZADO NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA RETIRADA DO FRAGMENTO NECROSE FIXAÇÃO COM PLACA LONGA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro inferior 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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior 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):

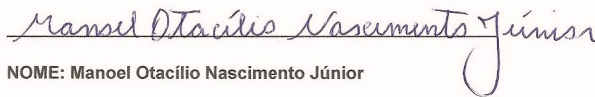
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 a valoração do dano corporal.

MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (++++/+5), EM VIRTUDE DA DOR NO OMBRO, MUSCULATURA DO BRAÇO COM PEQUENA ATROFIA, DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO (SEM DESCRIÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, CONSEQUENTEMENTE SEM NEXO CAUSAL EVIDENTE) . . AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 70° AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 20° *O PERICIAO REFERE TRAUMA DE OMBRO DIREITO E TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO (SEM DESCRIÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS).



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE